

Einstellungen zur Methadon-Substitutionsbehandlung der Heroinabhängigkeit: typische Einstellungen der Patienten, typische Patientengruppen und Unterschiede zu den Einstellungen der Behandelnden

Abstract

In der vorliegenden Arbeit sind die Einstellungen zum Methadon und zur Substitutionsbehandlung mit Methadon bei heroinabhängigen Patienten in Methadon-Substitutionsbehandlung und ihren behandelnden Ärzten und Therapeuten untersucht worden. 125 Patienten in Methadon-Substitutionsbehandlung in der Stadt Zürich haben einen Fragebogen ausgefüllt, der auf einer qualitativen Vorstudie mit 30 Patienten basiert, und Fragen eines strukturierten Interviews beantwortet. 34 diese Patienten behandelnde Ärzte und Therapeuten haben einen vergleichbaren Fragebogen ausgefüllt. Im Rahmen eines hierarchischen Faktorenmodells haben folgende typische Patienteneinstellungen identifiziert werden können: Aus dem Bereich des Sekundärfaktors Methadon-Entzugs-Orientierung sind dies die Primärfaktoren Methadon-Abbau-Orientierung, Methadon-Tiefdosis-Orientierung und Methadon-Substitutions-Angst. Aus dem Bereich des Sekundärfaktors Rehabilitation-mit-Methadon-Orientierung sind dies die Primärfaktoren Methadon-Substitutions-Orientierung und Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung. Dieses hierarchische Faktorenmodell der Patienteneinstellungen zeigt befriedigende bis sehr gute Werte für die Reliabilität und eine genügende Generalisierbarkeit. Es haben drei verschiedene typischen Patientengruppen unterschieden werden können: Methadonablehner, Methadonbenutzer und Methadonintegrierer. Die Generalisierbarkeit dieser drei typischen Patientengruppen kann aufgrund einer Kreuzvalidierung als befriedigend beurteilt werden. Es hat eine sehr gute Übereinstimmung der Resultate der Faktorenanalyse und der Clusteranalyse gezeigt werden können. Der Vergleich mit den Einstellungen der Behandelnden hat gezeigt, dass die Patienten in Bezug auf das Methadon im Mittel deutlich entzugs-orientierter sind, als ihre behandelnden Ärzte oder Therapeuten. Patienten und Behandelnde unterscheiden sich hingegen nicht bezüglich der Methadon-Substitutions-Orientierung. Zur Förderung von stabilen Behandlungsverläufen sollte deshalb die Diskrepanz zwischen Patienten und Behandelnden bezüglich der Methadon-Entzug-Orientierung im Verlauf der Methadon-Substitutionsbehandlung je nach Einstellungs-Profil des Patienten speziell beachtet werden.

**Einstellungen zur Methadon-Substitutionsbehandlung der
Heroinabhängigkeit: Typische Einstellungen der
Patienten, typische Patientengruppen und Unterschiede zu
den Einstellungen der Behandelnden**

Abhandlung
zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät
der
Universität Zürich

vorgelegt von

Heinz Hunziker
von Hendschiken (AG)

und

Lukas Boesch
von Alt St. Johann (SG)

Angenommen im Sommersemester 2007 auf Antrag von
Herrn Prof. Dr. Wulf Rössler und Herrn PD Dr. Rudolf Stohler

Zentralstelle der Studentenschaft der Universität Zürich, 2008

Inhaltsverzeichnis:

Vorwort	6
Dank	8
1. Einleitung	10
2. Theoretischer Hintergrund und Forschungsansätze	14
2.1 Einstellungen der Patienten	14
2.1.1 Begriffsdefinition	14
2.1.2 Neuere Einstellungsforschung: Ein kurzer Überblick	15
2.1.3 Zusammenhang zwischen Einstellung und Retention	16
2.1.4 Zusammenhang zwischen Einstellung und Beikonsum	18
2.1.5 Einstellungsforschung der 70er-Jahre	20
2.1.6 Einstellungsforschung der 80er und 90er-Jahre	21
2.1.7 Wechselwirkung zwischen Einstellungen, Kompliance und Methadon-Nebenwirkungen	22
2.1.8 Widerstand gegen Methadon-Substitutionsbehandlungen	25
2.1.9 Methadoneinstellung als Mythos	29
2.1.10 Ambivalente Einstellungen bezüglich Methadon und Methadon-Substitutionsbehandlungen	30
2.1.11 Methadon-Substitutionsbehandlung als Zwischenwelt	35
2.1.12 Methadon-Substitutionsbehandlungsmotive	37
2.1.13 Einstellungen der Behandelnden	39
2.1.14 Zusammenfassung und Implikation für die vorliegende Arbeit	40
2.2 Konzept der Einstellung	44
2.2.1 Definition des Einstellungskonzepts aus sozialpsychologischer Sicht	44
2.2.2 Dimensionalität einer Einstellung	47
2.2.3 Funktionen von Einstellungen	50
2.2.4 Einstellung und Informationsverarbeitung	52
2.2.5 Einstellungserwerb und Einstellungsänderung	54
2.2.6 Einstellung und Verhalten	57
2.2.6.1 Spezielle Eigenschaften einer Einstellung	57
2.2.6.2 Situationale Einflussfaktoren	58
2.2.6.3 Selbstwirksamkeitserwartung und Attribution	61
2.2.6.4 Selbstwirksamkeitserwartung oder Hilflosigkeit	64
2.2.6.5 Situationsspezifische und generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung	65
2.3 Veränderungsbereitschaft im Rahmen des Transtheoretischen Modells	68
2.3.1 Einleitung	68
2.3.2 Das Transtheoretische Modell (TTM)	68
2.3.3 Das Konzept der „Stages of Change“ (SoC)	69
2.3.4 Die Messung der SoC	72
2.3.5 Messung der Veränderungsbereitschaft bei Heroinabhängigkeit	74
2.3.6 Deutschsprachige Verfahren: Veränderungsstadien-Skala (VSS)	76
3. Fragestellung	79
3.1 Hauptfragestellung	79
3.2 Weitere Fragestellungen	79
3.2.1 Typische Einstellungen zum Methadon und zur Methadon-Substitutionsbehandlung	79
3.2.2 Typische Patientengruppen aufgrund der Einstellungen zum Methadon und zur Methadon-Substitutionsbehandlung	80

3.2.3	Einstellungen der Behandelnden zum Methadon und zur Substitutionsbehandlung mit Methadon	81
4.	Methodik	82
4.1	Patienten-Untersuchungsinstrumente	82
4.1.1	Qualitative Befragung zu den Einstellungen bei Methadon-Patienten	82
4.1.1.1	Einleitung	82
4.1.1.2	Ziel der qualitativen Befragung	83
4.1.1.3	Methode der qualitativen Befragung	83
4.1.1.3.3	Erstellung und Auswertung der Transkripte	87
4.1.1.4	Ergebnisse der qualitativen Befragung	87
4.1.1.4.1	Bestimmung und Beschreibung von Patienten-Typen und Patienten-Subtypen	87
4.1.1.4.3	Vier a-priori Patientengruppen	90
4.1.1.4.4	A-priori Einstellungsdimensionen	92
4.1.2	Konstruktion des self-report Fragebogens	95
4.1.2.1	Auswahl der Methadon-Einstellungs-Aussagen	95
4.1.2.2	Itemkonstruktion und Probebefragung	97
4.1.2.3	Weitere Items und Skalen	98
4.1.3	Standardisiertes Patienten-Interview	99
4.2	Befragung der Patienten	100
4.2.1	Zusammenstellung der Stichprobe	100
4.2.2	Rekrutierung	101
4.2.3	Befragung	102
4.2.4	Datenmanagement	103
4.2.5	Beschreibung der Patienten-Stichprobe bezüglich der Repräsentativität	104
4.3	Befragung der Behandelnden	105
4.3.1	Konstruktion des self-report Fragebogens für die Behandelnden	105
4.3.1.1	Auswahl von Items aus der Patientenbefragung	105
4.3.1.2	Abstinenzorientierungs-Skala und weitere Items	107
4.3.2	Rekrutierung und Stichprobe der Behandelnden	107
4.4	Auswertungsschritte	109
4.4.1	Typische Einstellungen zum Methadon und zur Substitutionsbehandlung mit Methadon	109
4.4.1.1	Deskriptive Auswertung der 61 Einstellungs-Items	109
4.4.1.2	Korrelationsmatrix der 61 Einstellungs-Items	110
4.4.1.3	Anzahl relevanter Einstellungsdimensionen (Faktoren)	111
4.4.1.4	Kriterien zur Auswahl von geeigneten Faktorenlösungen	113
4.4.1.5	Zusammenhänge mit weiteren Variablen	115
4.4.2	Typische Patientengruppen aufgrund der Einstellung zum Methadon und zur Substitutionsbehandlung mit Methadon	117
4.4.2.1	Einleitung	117
4.4.2.2	Anzahl relevanter Cluster	117
4.4.2.3	Evaluation der Clusterlösung	120
4.4.2.3.1	Evaluation der Clusterlösung im Zusammenhang mit den Einstellungs-Items	120
4.4.2.3.2	Evaluation der Clusterlösung im Zusammenhang mit der Faktorenlösung	121
4.4.2.3.3	Evaluation der Generalisierbarkeit	121
4.4.2.4	Bezüge zu weiteren Variablen	123
4.4.3	Einstellungen der Behandelnden	123
5.	Ergebnisse	125

5.1	Beschreibung der Stichprobe	125
5.1.1	Allgemeine Variablen	125
5.1.2	Fakten zur Methadonbehandlung	126
5.2	Deskriptive Betrachtung der Einstellungen der Patienten.....	128
5.2.1	Einstellungs-Fragen des Patienten-Interviews	128
5.2.2	Die self-report Einstellungs-Items	130
5.3	Einstellungsdimensionen bei den Patienten	135
5.3.1	Korrelationsmatrix der Einstellungs-Items und mögliche Faktorenlösungen	135
5.3.2	Fünf-Faktorenlösung	136
5.3.3	Zwei Sekundärfaktoren	140
5.4	Verschiedene Patientengruppen aufgrund der Einstellungen.....	143
5.4.1	Einleitung	143
5.4.2	Anzahl bedeutsamer Cluster.....	143
5.4.3	Evaluation der Clusterlösung	146
5.4.3.1	Diskriminanzanalyse	146
5.4.3.2	Kreuzvalidierung.....	149
5.4.4	Beziehung der Einstellungsdimensionen zu den Patientengruppen.....	151
5.4.4.1	Unterschiede zwischen den Gruppen (Clustern).....	151
5.4.4.2	Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit	153
5.5	Zusammenhänge mit weiteren Variablen.....	156
5.5.1	Zusammenhänge der Einstellungs-Dimensionen mit anderen Variablen	156
5.5.1.1	VSS-k	156
5.5.1.2	Selbstwirksamkeit	158
5.5.1.3	Aktuelle Methadondosis, Heroinkonsum und Heroinverlangen	159
5.5.1.4	Dosisverlauf	160
5.5.2	Unterschiede zwischen Patientengruppen.....	161
5.5.2.1	Soziodemographische Variablen.....	161
5.5.2.2	Klinische Variablen.....	162
5.5.2.3	Selbstwirksamkeit und Veränderungsbereitschaft	166
5.5.2.4	Zusammenhänge innerhalb der Patienten-Gruppen	168
5.5.2.5	Zusammenfassung der Ergebnisse der Cluster- und Diskriminanzanalyse ...	170
5.5.2.5.1	Methadonpatienten-Gruppe 1	170
5.5.2.5.2	Methadonpatienten-Gruppe 2.....	171
5.5.2.5.3	Methadonpatienten-Gruppe 3.....	172
5.5.2.6	Benennung der Methadonpatienten-Gruppen	173
5.6	Vergleiche der Einstellungen der Patienten mit den Einstellungen der Behandelnden	175
5.6.1	Vergleichskalen und deren Reliabilität	175
5.6.2	Vergleiche mit den Patienten	178
6.	Diskussion	182
6.1	Typische Patienteneinstellungen zum Methadon und zur Methadon- Substitutionsbehandlung.....	182
6.1.1	Die Einstellungen der Patienten auf Item-Ebene	182
6.1.2	Die Patienten-Einstellungsdimensionen.....	183
6.1.3	Zusammenhänge der typischen Patienteneinstellungen zu anderen Patientenmerkmalen	189
6.1.4	Vergleich mit den Einstellungen der Behandelnden	192
6.1.5	Bewertung der Erfassung der typischen Patienteneinstellungen und Ausblick	194
6.2	Interpretation der Patienten-Gruppen.....	196
6.2.1	Methadonablehner	196

6.2.2	Methadonbenutzer	202
6.2.3	Methadonintegrierer	208
6.3	Psychodynamische Überlegungen bezüglich der Patienten-Gruppen.....	211
6.3.1	Exkurs: Das heuristische Modell von Wurmser.....	211
6.3.1.1	Zur Psychodynamik der Heroinabhängigkeit.....	211
6.3.1.2	Heroinkonsum als spezifische Konfliktlösung.....	214
6.3.1.3	Die Rückkehr des Verleugneten.....	215
6.3.2	Kritische Überlegungen zum heuristischen Modell von Wurmser	217
6.3.3	Psychodynamische Interpretation der Methadonpatienten-Gruppen	218
6.4	Klinische Relevanz.....	223
7.	Zusammenfassung.....	228
8.	Literaturverzeichnis.....	232
ANHANG		248
Lebenslauf Heinz Hunziker		336
Lebenslauf Lukas Boesch		337

Vorwort

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit den Einstellungen zur Methadon-Substitutionsbehandlung der Heroinabhängigkeit in der Stadt Zürich. Die systematische Erforschung der Einstellungen von Patientinnen und Patienten sowie der Einstellungen der behandelnden Personen ist ein umfangreiches Unterfangen, was die Zusammenarbeit von zwei Dissertanden erfordert hat. Im Rahmen der Zusammenarbeit in der Forschungsgruppe Substanzstörungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich haben wir uns entschieden, das Forschungsprojekt zur vorliegenden Arbeit gemeinsam zu planen und durchzuführen.

Es ist uns aufgefallen, dass heroinabhängige Patientinnen und Patienten, die mit Methadon substituiert werden, diese Behandlung oft gar nicht im Sinne der medizinischen Sicht einer Substitutionsbehandlung wahrnehmen und erleben. Vielmehr setzen sich besagte Patientinnen und Patienten in ihrer ganz individuellen Art und Weise mit dem Methadon auseinander. Zudem ist uns die vergleichbar vielfältige Sicht der Methadon-Substitutionsbehandlung auf der Seite der heroinabhängigen Menschen behandelnden Personen aufgefallen. Die unterschiedlichen Sichtweisen stehen mit unterschiedlichen Paradigmen darüber in Zusammenhang, wie eine Abhängigkeit von einer psychotropen Substanz (im Falle der Patientinnen und Patienten in Methadonsubstitutionsbehandlung ist das meistens Heroin) aufzufassen und zu behandeln ist. So sehen einige Behandelnde Methadon nicht als Medikament zur Substitutionsbehandlung der Heroinabhängigkeit, sondern eher als weitere Droge mit beträchtlichem Abhängigkeitspotenzial, dem durch möglichst geringe Dosierungen oder durch das Bestreben, eine Abstinenz von Opioiden (wie Methadon, Heroin, Morphin usw.) zu erreichen, entgegen gewirkt werden soll. Diese Auffassung scheint dem Stand der Forschung fast diametral entgegen gesetzt zu sein, da die Wirksamkeit der Substitutionsbehandlung der Heroinabhängigkeit mit Methadon auf eindruckliche Art und Weise in der internationalen Forschungsliteratur belegt ist.

Die angesprochene Debatte zwischen einer Orientierung auf die Abstinenz von psychotropen Substanzen einerseits und einer Orientierung auf die Substitution von einer psychotropen Substanz (z. B. Heroin) mit einer im medizinischen Sinne besser geeigneten Substanz (z. B. Methadon) andererseits wirkt sich unserer Meinung nach direkt auf die Behandlung heroinabhängiger Patientinnen und Patienten aus. Die Patientinnen und Patienten sind in diesem Sinne in ihrem Denken, Fühlen und Handeln in Bezug auf ihre Erkrankung direkt von

den unterschiedlichen Ansichten der Protagonisten verschiedener Behandlungsangebote beeinflusst.

Uns hat nun interessiert, was die Patienten über das Methadon und die Substitutionsbehandlung mit Methadon denken, welche Haltung die Patienten gegenüber ihrer Behandlung einnehmen und womit diese „Einstellungen“ zusätzlich zusammenhängen könnten. Zudem hat uns interessiert, was die Behandelnden dieser Patienten über die Substitutionsbehandlung mit Methadon denken und wie sich die „Einstellungen“ der Behandelnden von den „Einstellungen“ ihrer Patienten unterscheiden. Die vorliegende Arbeit soll damit einen Beitrag zu einem differenzierteren Verständnis heroinabhängiger Patienten in Substitutionsbehandlung mit Methadon leisten.

Dank

Als Erstes möchten wir uns ganz herzlich bei unseren beiden Ehepartnerinnen Karin Hunziker-Brühlmann und Sylvia Boesch-Signorell für die liebevolle Unterstützung in vielen, in Bezug auf diese Arbeit unsichtbaren Angelegenheiten bedanken. In diesem Sinne soll auch unseren Familien ein besonderer Dank ausgesprochen werden.

Als Nächstes geht unser Dank an einige Mitarbeitende der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Dabei geht zunächst ein besonderer Dank an Herrn PD Dr. med. Rudolf Stohler, dem leitenden Arzt des Zentrums für Abhängigkeitserkrankungen. Er hat diese Arbeit von Beginn weg kritisch begleitet und durch seine Haltung wesentlich zum Forschungsansatz und zur Differenzierung der Fragestellung dieser Arbeit beigetragen. Des Weiteren geht unser Dank an Herrn Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Wulf Rössler, dem Klinikdirektor der Klinik für Soziale Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie ZH West, der den Forschungsansatz dieser Arbeit durch den Vorschlag des Einbezugs der Behandelnden wesentlich bereichert hat. Ebenfalls bedanken möchten wir uns bei Herrn PD Dr. phil. Vladeta Ajdacic-Gross, dem Oberassistenten des Forschungsbereichs für Klinische und Soziale Psychiatrie, der durch die kritische und motivierende Begleitung der Arbeit wesentlich zu deren Gelingen beigetragen hat. Ein weiterer Dank geht an Herrn Dr. phil. Carlos Nordt, der uns den Zugang zu den niedergelassenen Ärzten der Stadt Zürich, die Substitutionsbehandlungen mit Methadon durchführen, ermöglicht hat. Bedanken möchten wir uns insbesondere auch beim gesamten Team des Zentrums für Abhängigkeitserkrankungen und den Praktikantinnen Frau lic. phil. Eva Müller und Frau lic. phil. Luzia Schlauri für deren Mithilfe bei der Rekrutierung der Patientinnen und Patienten.

Ein nächster Dank geht an das Team des ZOKL 1 der ARUD Zürich für die Ermöglichung der Befragung von Patientinnen und Patienten im ZOKL 1 und für die zahlreiche Teilnahme an der Befragung der Behandelnden. Ebenfalls bedanken möchten wir uns bei Herrn Dr. med. André Seidenberg, der uns ebenfalls die Befragung zahlreicher Patientinnen und Patienten direkt in seiner Praxis ermöglicht hat.

Ein ganz spezieller Dank geht an die beiden Psychoanalytiker, Herr lic. phil. Josef Vetter und Herr lic. phil. Heini Schwob, die durch ihre treffenden psychoanalytischen Überlegungen

wesentlich zur Entwicklung des a-priori Einstellungsmodells und zur Interpretation der extrahierten Methadonpatienten-Gruppen beigetragen haben.

Ein letzter Dank ergeht an die ESSEX Chemie AG, insbesondere an Herrn Dr. med. Lars Herrmann und an Frau Dr. rer. nat. Sibylle Mathys für die finanzielle Unterstützung dieses Forschungsprojekts (Ref Nr. 34351327).

1. Einleitung

Die Methadonbehandlung ist die effizienteste Behandlung der Heroinabhängigkeit und eine der am besten evaluierten pharmakologischen Behandlungen überhaupt (Newman, 2003). Zahlreiche Studien belegen, dass der Heroinkonsum drastisch reduziert wird und die Delinquenz, die HIV-Infektionsrate und die Mortalität stark abnehmen (s. z.B. Strain et al., 1999; Marsch, 1998; Caplehorn et al., 1996a; Metzger et al., 1993; Ball & Ross, 1991). Trotz der eindeutigen Befundlage in der internationalen Forschungsliteratur gibt es immer wieder Diskussionen über die Angemessenheit dieser Behandlungsform (Newman, 2003; Vader et al., 2003; Stohler & Dürsteler-MacFarland, 2001). Zudem wird die Methadonbehandlung durch verschiedene Richtlinien und Vorschriften behindert (Bell, 2000; Ward et al., 1999; Blansfield, 1996). Beispielsweise wird in den USA die Anzahl Heroinabhängiger auf mindestens 600'000 geschätzt und trotzdem sind nur rund 115'000 Methadon-Behandlungsplätze vorhanden (Stancliff et al., 2002). Hinzu kommt, dass unter Methadonpatienten, Heroinabhängigen ohne Substitutionsbehandlung, unter Behandelnden und in der Gesellschaft Missinformationen bezüglich Ziel und Zweck einer Methadonbehandlung vorhanden sind (Koester et al., 1999; Zule & Desmond, 1998; Murphy & Irwin, 1992; Rosenblum et al., 1991; Hunt et al., 1986; Goldsmith et al., 1984).

In der Schweiz lag die Inzidenz des regelmässigen Heroingebrauchs 1975 bei ca. 80 neuen Heroinkonsumenten, stieg auf 850 im Jahre 1990 und ging zurück auf 150 im Jahre 2002. Die Behandlungsausstiegsrate (keine Behandlungs-Wiederaufnahme innerhalb von 10 Jahren) wird auf 0.04 pro Jahr geschätzt, was darauf hindeutet, dass die Prävalenz im Gegensatz zur Inzidenz nur sehr langsam zurückgeht. Gesamtschweizerisch gibt es ungefähr 30'000 Heroinabhängige. Im Kanton Zürich gibt es ungefähr 7'500 Heroinabhängige, davon sind ungefähr 3'600 in einer Methadonbehandlung. Seit 1992 haben potentiell alle Heroinabhängigen Zugang zu einer Methadonbehandlung. Dabei zeigt sich, dass seit 1994 mehr als jeder zweite problematische Heroingebraucher in Substitutionsbehandlung war (Nordt & Stohler, 2006). Die Hälfte der Personen, die im Alter von 18 Jahren oder älter begannen, regelmässig Heroin zu konsumieren, nahmen innerhalb zweier Jahre eine Substitutionsbehandlung auf, während dies bei der Hälfte der Personen, die 17 Jahre oder jünger waren, drei Jahre dauerte (Nordt & Stohler, 2006). Auch wenn die Inzidenz der Heroinabhängigkeit in der Schweiz drastisch gesunken ist, bleibt der chronische Verlauf der Heroinabhängigkeit ein Problem, wenn diese nicht durch eine Substitution stabil behandelt

werden kann. Praktisch alle Patienten, die im Kanton Zürich eine Substitutionsbehandlung abschliessen, treten bald darauf wieder in eine neue Substitutionsbehandlung ein (Nordt et al., 2004a). Versuche, das Methadon abzubauen und die Methadonbehandlung zu beenden, scheinen auch international wenig erfolgsversprechend zu sein (Magura & Rosenblum, 2001).

Eines der Hauptprobleme in der Schweiz ist, dass rund bei der Hälfte der Patienten¹ das Methadon, gemessen an internationalen Standards, zu tief dosiert wird (Rehm & Uchtenhagen, 2001), obwohl Behandlungen mit zu tiefen Methadondosierungen schlechter verlaufen als Behandlungen mit genügend hohen Dosierungen (s. z. B. Strain et al., 1999; Marsch, 1998; Ball & Ross, 1991). Methadonpatienten, die auf einer höheren Methadondosis eingestellt sind (z. B. mit einer Tagesdosis zwischen 80 und 120 mg) konsumieren weniger illegale Drogen und verbleiben länger in der Behandlung als Methadonpatienten, die auf einer niedrigeren Methadondosis eingestellt sind (Faggiano et al., 2003; Maxwell & Shinderman, 2002; Leavitt et al. 2000). Methadonpatienten mit inadäquater Methadondosis verbleiben entsprechend weniger lange in der gleichen Methadonbehandlung, obwohl relativ gut belegt ist, dass einer Methadonbehandlung keine zeitliche Begrenzung unterlegt werden sollte (Bell, Chan & Kuk, 1995; Banys et al., 1994; Caplehorn, 1994; Strain et al., 1994; Strain et al., 1993; Sorensen et al., 1992; Milby, 1988).

Verschiedene Studien in den USA und Australien zeigen, dass die Einstellungen von Heroinabhängigen und Behandelnden zum Methadon und zur Methadonbehandlung einen wesentlichen Einfluss auf adäquate Methadondosierung haben und letztere einen wesentlichen Einfluss auf den erfolgreichen Verlauf von Methadonbehandlungen hat (Kayman et al., 2006; Caplehorn et al., 1997; Caplehorn et al., 1996c; Caplehorn et al., 1996b; Caplehorn et al., 1996a). Solche negativen Einstellungen zirkulieren sowohl unter Heroinabhängigen, die nicht in Methadonbehandlung sind und aktiv Heroin konsumieren (Rosenblum et al., 1991; Hunt et al., 1986; Goldsmith et al., 1984), als auch unter Heroinabhängigen in Methadonbehandlung, unter Behandelnden und in der Öffentlichkeit (Forman et al., 2001; Magura & Rosenblum, 2001; Caplehorn et al., 1997; Kang et al., 1997; Brown et al., 1974). Insbesondere lässt sich vermuten, dass es zu einer Interaktion zwischen der öffentlichen Einstellung (inkl. dem sozialem Umfeld der Patienten), den Behandelnden und den Heroinabhängigen kommt und je ambivalenter die Einstellungen der Heroinabhängigen und auch der Behandelnden gegenüber Methadonbehandlungen sind, umso schwieriger es für Heroinabhängige ist, eine

¹ Zur Vereinfachung wird im ganzen Text die männliche Form verwendet.

Methadonbehandlung aufzunehmen (Kayman et al., 2006). Anstatt Ziele zu fokussieren, die auf eine Rehabilitation (Verbesserung der Gesundheit, berufliche und soziale Integration usw.) abzielen, sind Methadonpatienten damit beschäftigt, kontra-therapeutische Ziele zu verfolgen wie beispielsweise die tiefst-mögliche Methadondosis und die kürzest-mögliche Behandlungsdauer zu explorieren. Als Ergebnis negativer Einstellungen bezüglich Methadon und Methadonbehandlung brechen viele Patienten frühzeitig ihre Substitutionsbehandlung ab, was beispielsweise in New York City zu vielen unbesetzten Methadon-Behandlungsplätzen führt, obwohl auch dort eine anhaltende Unterversorgung der Heroinabhängigen besteht (Stancliff et al., 2002).

Im Gegensatz zur Erforschung der Einstellungen zur Methadonbehandlung in den USA und in Australien, lassen sich keine veröffentlichten Studien zu den Einstellungen der Patienten und der Behandelnden zum Methadon und zur Methadon-Substitutionsbehandlung aus der Schweiz finden. In der Schweiz sind die Hindernisse für erfolgreiche Substitutionsbehandlungen der Heroinabhängigkeit, im Gegensatz zu den grundsätzlichen politischen und gesellschaftlichen Hindernissen in den USA, vor allem innerhalb der Behandlung bei der Unterdosierung des Methadons und den häufigen Behandlungswechseln zu suchen. Rehm und Uchtenhagen (2001) fordern denn auch zum Schluss ihrer Meta-Analyse zur Methadonsubstitution in der Schweiz, dass die Gründe für die Unterdosierung des Methadons untersucht werden sollten. Die Erforschung der Einstellungen der Patienten zum Methadon und ihrer Substitutionsbehandlung mit Methadon und ein Vergleich mit den Einstellungen ihrer behandelnden Ärzte oder Therapeuten soll einen wesentlichen Beitrag zur Erklärung dieser Umstände liefern.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist nun, die Einstellungen der Patienten zum Methadon und zur Substitutionsbehandlung mit Methadon zu erfragen und diese mit den Einstellungen der Behandelnden zu vergleichen. Dabei sollen die typischen Patienteneinstellungen und typische Patientengruppen in Bezug auf die Einstellung herauskristallisiert werden. Zudem sollen die Zusammenhänge der Einstellungen mit Behandlungsmerkmalen (z. B. Höhe und Verlauf der Methadondosis) oder psychologischen Merkmalen (Veränderungsbereitschaft und allgemeine Selbstwirksamkeitsüberzeugung) erforscht werden.

In der vorliegenden Arbeit wird in Kapitel 2 zunächst über die Erforschung der Einstellung von Heroinabhängigen in und ausserhalb von Methadonbehandlungen berichtet. Danach wird

der theoretische Hintergrund des Einstellungskonzepts aus allgemeiner Perspektive beleuchtet. Anschliessend werden die weiteren, im Rahmen dieser Arbeit verwendeten, psychologischen Konstrukte vorgestellt. In Kapitel 3 werden dann die, in dieser Arbeit gestellten, Fragen formuliert. Kapitel 4 gibt Auskunft darüber, anhand welcher Methoden die, in dieser Arbeit gestellten, Fragen beantwortet werden sollen. Dazu wird zunächst die umfangreiche Entwicklung des Untersuchungsinstruments dargestellt. Anschliessend wird über die Datenerhebung bei Patienten und Behandelnden berichtet. Zum Abschluss des Methodenkapitels werden die, im Rahmen der Datenauswertung verwendeten, Auswertungsprozeduren dargestellt.

In Kapitel 5 werden die Ergebnisse berichtet. Das Kapitel beginnt mit der Darstellung deskriptiver Ergebnisse und geht über zu den Befunden zu den typischen Patienteneinstellungen. Nach der Darstellung der Ergebnisse zu den typischen Patientengruppen werden die Zusammenhänge der Patienteneinstellungen und -gruppen zu weiteren wichtigen Merkmalen hergestellt. Zum Schluss werden die Patienteneinstellungen mit den Einstellungen ihrer behandelnden Personen verglichen. In Kapitel 6 werden die Ergebnisse diskutiert. Die Diskussion wird durch die Befunde zu typischen Patienteneinstellungen und zu typischen Patientengruppen gegliedert. Zum Schluss wird in Kapitel 7 der Inhalt der vorliegenden Arbeit zusammengefasst.

2. Theoretischer Hintergrund und Forschungsansätze

2.1 Einstellungen der Patienten

2.1.1 Begriffsdefinition

In der vorliegenden Arbeit sind Patienten mit einer Heroinabhängigkeit Gegenstand der Untersuchung. Dabei werden „Heroinabhängige“ und „Methadonpatienten“ begrifflich unterschieden:

- **Heroinabhängige:** Hierbei handelt es sich um Heroinabhängige mit gegenwärtigem Substanzgebrauch im Sinne einer aktiven Abhängigkeit (ICD-10: F11.24) oder ständigem Substanzgebrauch (ICD-10: F11.25), ohne gegenwärtige Teilnahme an einem ärztlich überwachten Methadonprogramm im Sinne einer kontrollierten Abhängigkeit (ICD-10: F11.22).
- **Methadonpatienten:** Hierbei handelt es sich um Heroinabhängige, die sich der Behandlung im Rahmen eines ärztlich überwachten Methadonprogramms (ICD-10: F11.22) unterziehen.

Weiter werden folgende Begriffe definiert:

- **Opioide:** Als „Opioide“ werden generell alle Stoffe bezeichnet, die als Liganden an den Opioidrezeptoren wirken, zu denen auch Substanzen zählen, die nicht den natürlichen Opiaten angehören, wie zum Beispiel das Methadon sowie körpereigene Opioide. In der vorliegenden Arbeit wird somit immer dann der Begriff „Opioide“ verwendet, wenn sowohl von Heroin als auch von Methadon die Rede ist.
- **Methadon:** „Methadon“ ist ein vollsynthetisch hergestelltes Opioid. Es wurde in der Öffentlichkeit durch seine breite Anwendung in Substitutionsprogrammen als Opiatersatzstoff bekannt. In der vorliegenden Arbeit umfasst der Begriff „Methadon“ sämtliche Aspekte zum Thema Methadon wie Methadon i. S. einer Substanz, eines Medikaments, eines Opiatersatzstoffes im Rahmen einer Methadon-Substitutionsbehandlung usw.
- **Methadon-Substitutionsbehandlung:** Der Begriff „Methadon-Substitutionsbehandlung“ umfasst Begriffe wie Methadonprogramm, Substitutionsbehandlung mit Methadon, Substitutionsprogramm mit Methadon, Ersatzdrogenprogramm mit Methadon usw. Insgesamt ist in der vorliegenden Arbeit ein ärztlich überwachtes, langzeitliches Abgabe- oder Ersatzdrogenprogramm mit

Methadon im Sinne der Kontrolle einer Heroinabhängigkeit nach ICD-10: F11.22 gemeint.

- **Methadon-Entzugsbehandlung:** Ausgenommen vom Begriff der Methadon-Substitutionsbehandlung sind Methadon-Entzugsbehandlungen, also Methadon gestützte Heroin-Entzugsprogramme von ganz kurzer Dauer (wenige Tage).
- **Einstellungen:** Der Begriff „Einstellungen“ umfasst in der vorliegenden Arbeit sämtliche Glaubensinhalte, Glaubenssysteme, Meinungen, Vorstellungen, Annahmen, Mythen usw. im Zusammenhang mit dem Thema Methadon. Insgesamt sind damit alle Bewusstseinsinhalte von Heroinabhängigen und Methadonpatienten zum Thema Methadon gemeint.

2.1.2 Neuere Einstellungsforschung: Ein kurzer Überblick

Unter Berücksichtigung der Datenbanken: Medline, PubMed, PsycINFO, Psynex ab 1.1.1970 ergeben sich insgesamt nur etwa 25 Studien, die explizit die Einstellungen von Heroinabhängigen zum Methadon und zur Methadon-Substitutionsbehandlung bzw. die Vorhersagekraft von Einstellungs-Prädiktoren auf das Behandlungs-Outcome von Methadon-Substitutionsbehandlungen untersuchten. Mit Ausnahme einiger weniger Studien aus Kanada wurden sämtliche Einstellungsuntersuchungen in den USA durchgeführt und publiziert. In Europa existieren zu diesem Thema weder qualitative noch quantitative Untersuchungen. Bei diesen ca. 25 US-amerikanischen Studien handelt es sich mit Ausnahme von vier quantitativen Studien (Kaymann et al., 2006; Stancliff et al., 2002; Gollnisch et al., 1997; Joe et al., 1991) um qualitative Untersuchungen. Stancliff et al. (2002) gelang es, die ambivalente Einstellung einer Stichprobe von Methadonpatienten gegenüber Methadon quantitativ zu belegen (vgl. Kp. 2.1.10).

Kaymann et al. (2006) und Joe et al. (1991) untersuchten den Einfluss der Einstellungen auf die Behandlungsretention und Gollnisch et al. (1997) den Einfluss der Einstellungen auf das Beikonsum-Verhalten von Methadonpatienten. Die Einstellung erwies sich in den Regressionsmodellen von Kaymann et al. (2006), Gollnisch et al. (1997) und Joe et al. (1991) jeweils als signifikanter Prädiktor. Insgesamt wurde der Einfluss von Einstellungen auf Behandlungsergebnisse nur gerade in diesen drei Studien untersucht, weshalb diesbezüglich kaum empirische Evidenz vorliegt. Im Folgenden werden zunächst diese drei Regressionsmodelle erläutert, danach soll ein Überblick über qualitative Einstellungsstudien der 70er-, 80er- und 90er-Jahre zum Thema Methadon geboten werden.

2.1.3 Zusammenhang zwischen Einstellung und Retention

Es hat sich gezeigt, dass die Behandlung mit Methadon oder anderer Opiatagonisten zwar eine notwendige Bedingung ist, um Heroinabhängigkeit effektiv behandeln zu können, dass aber die medikamentöse Behandlung allein nicht genügt. Joe et al. (2001) konnten zeigen, dass neben Methadon die Drogenberatung ein wichtiger Faktor zur Förderung der Retention wie auch anderer Outcome-Variablen ist. Eine Studie von McLellan et al. (1993) zeigt, dass Methadonpatienten, deren Methadon-Substitutionsbehandlung nur auf medikamentöser Ebene basiert, signifikant mehr Heroin- und Kokain-Nebenkonsum, signifikant mehr internistische und psychiatrische Notfälle aufweisen als Methadonpatienten, deren Behandlungsplan neben medikamentöser auch beratende Behandlung beinhaltet. Damit Behandelnde die Retention ihrer Patienten fördern können, kommen sie nicht umhin zu wissen, welche Faktoren die Patienten zum Behandlungsabbruch prädisponieren. Zudem benötigen sie reliable Instrumente, um solche Faktoren messen zu können.

Aufgrund früherer Einstellungs-Untersuchungen² gingen Kayman et al. (2006) der Frage nach, ob ein Fragebogen zur Erhebung von Methadonpatienten-Einstellungen bezüglich Methadon und Methadon-Substitutionsbehandlungen ein geeignetes Instrument wäre, um die Retention bei Methadon-Substitutionsbehandlungen vorhersagen zu können. Sie entwickelten einen Fragebogen, mit dem Behandelnde die Einstellungen ihrer Methadonpatienten messen können, um diese dann in die Methadon-Substitutionsbehandlung zu integrieren. Ergebnis ihrer faktorenanalytischen Auswertungen ist eine 5-Item-Skala (Opinion About Methadone, OAM-5, $\alpha=0.69$), die sie in einem weiteren Schritt zur Outcome-Analyse einsetzten. Die fünf Items stammten ursprünglich aus Ergebnissen qualitativer Einstellungs-Studien von Brown, Benn und Jansen (1975), Brown, Jansen und Benn (1975) und Bower (1973):

- Methadone has proven to be the best way of quitting heroin
- With methadone you can eventually get off illegal drugs if you want to
- Methadone helps us lead a normal life
- Methadone takes away the craving for heroin
- It is safe to take methadone

² Untersuchungen der Einstellungen von Heroinabhängigen, Methadonpatienten und Behandelnden bezüglich Methadon und Methadon-Substitutionsbehandlungen (Forman et al., 2001; Magura & Rosenblum, 2001; Capelhorn et al., 1997; Kang et al., 1997; Rosenblum et al., 1991; Hunt et al., 1986; Goldsmith et al., 1984; Brown, Benn & Jansen, 1975; Brown, Jansen & Benn, 1975; Brown et al., 1974) sowie bezüglich des Einflusses dieser Einstellungen auf das Patientenverhalten in Methadon-Substitutionsbehandlungen (bzgl. Beikonsum, vgl. Gollnisch et al., 1997; bzgl. Behandlungsabbrüche, vgl. Joe et al., 1991).

Kayman et al. (2006) berechneten den Durchschnittswert des OAM-5-Gesamtscore für eine Patientengruppe, die ihre Methadon-Substitutionsbehandlung innerhalb eines Jahres nach Aufnahme frühzeitig abbrachen (48%, N=162), und für eine zweite Gruppe, die ihre Methadon-Substitutionsbehandlung während des Untersuchungsjahres aufrechterhielt (52%, N=176). Der Vergleich der Durchschnittswerte beider Gruppen mittels t-Tests ergab für die Aussteiger mit 18.5 einen signifikant ($t=2.55$, $df=336$, $p=.011$) tieferen Score als bei den Nicht-Aussteigern, womit Erstere signifikant negativere Einstellungen hatten als Letztere. Kayman et al. (2006) rechneten verschiedene logistische Regressionsmodelle mit jeweils demselben dichotomen Kriterium (Behandlungsabbruch ein Jahr nach Behandlungsbeginn), aber unterschiedlichen Prädiktoren wie „Durchschnittsalter“, „Geschlecht“, „Injektionen in den letzten 30 Tagen“, „Erfahrung mit Methadon-Substitutionsbehandlungen“ und „Methadon-Entzugsbehandlungen“, „Kokain- und Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen“ und „Einstellung zum Methadon“. Dabei zeigte sich, dass die Einstellungen, gemessen mittels OAM-5-Skala bei Behandlungsbeginn, und die Behandlungserfahrung Behandlungsabbrüche innerhalb eines Jahres nach Behandlungsaufnahme signifikant vorhersagen konnten.

Joe et al. (1991) untersuchten mittels einer „Survival-Curve-Regressionsanalyse“ die Haltequote von 606 Methadonpatienten aus 21 verschiedenen Methadon-Substitutionsbehandlungs-Programmen. Als Prädiktoren untersuchten sie die „Behandlungserfahrung“ (= aufkumulierte Behandlungsdauer früherer Behandlungen) der einzelnen Methadonpatienten, die „Rahmenbedingungen“ der einzelnen Behandlungsprogramme, die „Methadondosierung“, die „Einstellungen gegenüber der Methadon-Substitutionsbehandlung“ und die „Zufriedenheit mit der Behandlung“. Dabei liessen sich „Einstellung“, „Zufriedenheit“ und „Methadondosierung“ als effektstärkste Prädiktoren identifizieren. Die Retention war höher bei Methadonpatienten mit positiver Einstellung, hoher Zufriedenheit und hoher Methadondosierung. Erstaunlich ist, dass entgegen anderer Untersuchungen (vgl. Dolan et al., 1986; McLellan, 1983), in der Studie von Joe et al. (1991) sich die aufkumulierte Behandlungsdauer früherer Behandlungen (Methadon-Substitutionsbehandlungen, Behandlungen in „Therapeutischen Gemeinschaften“ und ambulante abstinenzorientierte Behandlungen) nicht als signifikanter Prädiktor zur Vorhersage von Behandlungsretention erwies. Von diesem Ergebnis liesse sich die Hypothese ableiten, dass sich positive und negative Erfahrungen aus früheren Behandlungen zu Einstellungen verdichten und als solche Einfluss auf das Verhalten von Heroinabhängigen

und Methadonpatienten nehmen. Studien, die negative Erfahrungen im Zusammenhang mit Methadon-Entzugsbehandlungen untersuchten (Milby et al., 1994; Hunt et al., 1986) bestätigen dies.

2.1.4 Zusammenhang zwischen Einstellung und Beikonsum

Es handelt sich um ein kontraproduktives Verhalten, wenn Methadonpatienten im Rahmen einer Methadon-Substitutionsbehandlung illegale Substanzen konsumieren (Caplehorn, Reilly & Wodak, 1993; Ball & Ross, 1991; Rosenbaum & Murphy, 1987; Strug et al., 1985; Hunt et al., 1984). Nach wie vor ist unklar, worin sich Methadonpatienten mit anhaltendem Beikonsum von solchen ohne unterscheiden. Es zeigt sich, dass es an Studien mangelt, die dies mittels eines umfassenden, multidimensionalen Ansatzes zur Vorhersage des Beikonsums untersuchten. Bislang wurde die Wirkung einzelner Bereiche wie Persönlichkeitsaspekte (Cox, 1985), Coping-Strategien (Wills & Shiffman, 1985), Motivation und demographische Aspekte (Marlatt, 1985) untersucht. Gollnisch et al. (1997) stellten ein hierarchisches multidimensionales Regressionsmodell zur Vorhersage des Beikonsums unter Methadonpatienten auf, das oben genannte Aspekte und zusätzlich die Einstellungen der Methadonpatienten integrierte. Das Modell wurde an 94 Methadonpatienten überprüft.

Die Einstellungen wurden anhand eines von Gollnisch et al. (1997) entwickelten 14-Item-Fragebogens operationalisiert. Ihre Items dienen der Einschätzung der Methadonpatienten-Vorstellungen bezüglich 1.) der körperlichen Wirkung von Methadon, 2.) der Bedeutung von Methadon-Substitutionsbehandlungen und 3.) der Charakteristika von Methadonpatienten. Gollnisch et al. (1997) extrahierten zunächst fünf Faktoren. Aufgrund des „Scree-Tests“ und verschiedener Rotationsverfahren wurde ein Faktor fallengelassen, wobei die verbleibenden vier Faktoren 39,5 % der Varianz zu erklären vermochten. Auf dem ersten Einstellungsfaktor **„Methadone as Drug Habit“** luden Items, die thematisierten, dass durch Methadon-Substitution die eine Drogenabhängigkeit durch eine andere ersetzt wird. Auf dem zweiten Einstellungsfaktor **„Methadone Benefits“** luden Items, die thematisierten, dass Methadon-Substitutionsbehandlungen die wirklichen Bedürfnisse von Methadonpatienten treffen. Auf dem dritten Einstellungsfaktor **„User Resignation“** luden Items, die darauf hinwiesen, dass Methadonpatienten „Verlierer“ sind, weil sie den Lebensstil des aktiv Heroin konsumierenden Heroinabhängigen aufgegeben haben. Auf dem vierten Faktor **„Negative Properties“** luden Items, die sich auf die Wahrnehmung negativer Eigenschaften des Methadons beziehen wie beispielsweise: Methadon verursacht Faulheit und Gewichtsverlust. Durch die Überprüfung

der Reliabilität wurden die beiden letzteren Faktoren fallengelassen. Erstere nahmen Gollnisch et al. (1997) in ihr Regressionsmodell auf, was zu einer zusätzlichen Varianzaufklärung von 5% führte. Dabei zeigte allerdings lediglich der Faktor „**Methadone as Drug Habit**“ ein signifikantes Betagewicht. Die Kombination sämtlicher Prädiktoren erklärte 51% der Varianz des Beikonsums, wobei die Autoren aufzeigen konnten, dass die Einstellungen über Persönlichkeits-Charakteristika (wie Neurotizismus und Pflichtbewusstsein), Copingstrategien (wie Stressbewältigung und Vermeidung von Beikonsum-Rückfällen) und motivationale Aspekte hinaus eine signifikante Wirkung auf das Beikonsumverhalten haben. Insgesamt zeigte sich, dass diejenigen Methadonpatienten erhöhten Beikonsum haben, die davon überzeugt waren, die Einnahme von Methadon komme einer anderen Drogenabhängigkeit gleich bzw. sei lediglich eine Verschiebung des Drogenkonsum-Habitus.

Anhand von Behandlungs-Outcome-Studien bezüglich Methadonpatienten, die sich einem kognitiv-behavioralen Fertigkeiten-Training zur Vermeidung von Beikonsum-Rückfällen unterzogen, konnte aufgezeigt werden, dass solche Trainingseinheiten kurzfristig zur Verbesserung der trainierten Fertigkeiten zwar wirksam sind, dass das Beikonsum-Verhalten durch dieses Fertigkeiten-Training langfristig aber nicht verhindert werden kann. Hawkins et al. (1989) konnten dies anhand einer Follow-up-Studie (1 Jahr nach Skills-Training) belegen. Auch wenn kurzfristig das Training zu Aufbau und Verbesserung von Fertigkeiten führt, bedeutet das nicht notwendigerweise, dass entsprechende Methadonpatienten langfristig auch fähig sind, diese Fertigkeiten in Risikosituation anzuwenden bzw. diese Fertigkeiten überhaupt anwenden wollen (Gersick et al., 1988). Gollnisch et al. (1997) weisen darauf hin, dass durch kognitiv-behaviorales Training solche Fertigkeiten zu wenig vor dem Hintergrund der gesamten Persönlichkeitsstruktur betrachtet werden, in die sie eingebettet sind und von der sie entfaltet werden. Sie zeigen auf, dass solche Fertigkeiten langfristig nur dann effektiv sein können, wenn der Aufbau solcher Fertigkeiten einhergeht mit Veränderungen von Anteilen der Persönlichkeitsstruktur wie Neurotizismus und Veränderungen in Persönlichkeitszügen wie Pflichtbewusstsein (vgl. auch Shedler & Block, 1990).

Im Sinne der Theorien des überlegten Handelns (Ajzen & Fishbein, 1980) und des geplanten Verhaltens (Ajzen & Madden, 1986), in deren Modell Einstellungen als notwendige Komponente zur Verhaltensveränderung gesehen wird, lässt sich vermuten, dass der Aufbau von Fertigkeiten zur Korrektur von beispielsweise Beikonsumverhalten innerhalb von

Methadon-Substitutionsbehandlungen durch kognitiv-behaviorales Training nur dann auch langfristig erfolgreich umgesetzt werden kann, wenn Methadonpatienten eine behandlungsorientierte Einstellung zu Methadon und Methadonprogramm haben.

2.1.5 Einstellungsforschung der 70er-Jahre

Obwohl das Bedürfnis, Einstellungen von Heroinabhängigen innerhalb oder ausserhalb von Methadon-Substitutionsbehandlungen zu erforschen, schon seit Beginn der 70er-Jahre bestand, erhielt dieser Untersuchungsgegenstand in der Literatur wenig Aufmerksamkeit. Während der 70er-Jahre waren es nur ein paar wenige US-amerikanische Studien, die dieses Thema innerhalb der Population der Heroinabhängigen erforschten. Diese Studien förderten sehr negative Einstellungen zutage. Eine Untersuchung von Brown, Benn und Jansen (1975) verglich die Einstellungen von Methadonpatienten in Methadon-Substitutionsbehandlung mit Patienten in Methadon-Entzugsbehandlung. Brown, Benn und Jansen (1975) zeigten, dass Methadonpatienten beider Gruppen in gleichem Ausmass, positiven und negativen Aussagen über Methadon zustimmten. Drei Beispiele solch negativer Aussagen aus den 70er-Jahren:

- Methadon kann ihre Knochen verfaulen lassen;
- Methadon repräsentiert die Unterdrückung der schwarzen Minderheit durch die weisse Mehrheit;
- Methadon ist eine Krücke;

Brown, Jansen und Benn (1975) sowie Brown et al. (1974) untersuchten Methadonpatienten und auch Behandelnde in Methadon-Substitutions- und Methadon-Entzugsbehandlungen hinsichtlich ihrer Einstellungen zu Methadonpatienten, Heroinabhängigen und Heroinabhängigen, die sich einer oder mehrerer Methadon-Entzugsbehandlungen unterzogen hatten, aber nie in Methadon-Substitutionsbehandlung waren. Brown, Jansen und Benn (1975) sowie Brown et al. (1974) fanden heraus, dass Patienten und auch Behandelnde beider Behandlungsarten (Methadon-Substitutions- und Methadon-Entzugsbehandlungen), abstinenten Heroinabhängigen positiv, als unabhängig, effektiv und prosozial charakterisierten. Hingegen wurden Methadonpatienten zwar etwas positiver als Heroinabhängige beschrieben, insgesamt aber sehr negativ, als passiv und asozial verurteilt.

2.1.6 Einstellungsforschung der 80er und 90er-Jahre

Zu Beginn der 80er-Jahre führten D. Goldsmith, D. Hunt, D. Lipton und D. Strug in New York, New Jersey und Connecticut das „Tri-State Ethnographic Project“ (TRISEP) durch. Ziel des Projekts war es, möglichst alle Einstellungsaspekte zum Thema „Methadon“ zu untersuchen. Beim TRISEP handelt es sich um eine Längsschnittstudie, im Rahmen derer von 1981 bis 1983 Daten in vier verschiedenen Methadon-Substitutionsbehandlungs-Programmen in New York, New Jersey und Connecticut erhoben wurden. Die Daten wurden anhand zweier strukturierter Interviews und extensiver ethnographischer Feldarbeit erhoben. Die TRISEP-Stichprobe umfasste 510 Probanden, darunter 368 Methadonpatienten und 142 Heroinabhängige. Von diesen 142 Heroinabhängigen waren 79 nie in einer Methadon-Substitutionsbehandlung, zehn unterzogen sich im Rahmen ihrer Methadon-Substitutionsbehandlung innerhalb von zwölf Monate vor der Befragung einem Methadonentzug und die restlichen 53 waren Heroinabhängige mit unterschiedlicher Behandlungserfahrung. Die Befragung der Heroinabhängigen erfolgte mittels Feldforschern, die diese „auf der Gasse“ aufsuchten. Im TRISEP wird zwischen Methadon-Substitutionsbehandlung (stationär, in therapeutischen Gemeinschaften und ambulant, in Methadon-Substitutionsbehandlungs-Programmen) und Methadon-Entzugsbehandlung (stationäre und ambulante Methadon-Entzugsbehandlungs-Programme, die zwischen 9 und 21 Tage dauern, mit oder ohne Methadonunterstützung) unterschieden. Aus dem TRISEP folgten zwei wissenschaftliche Artikel: Goldsmith et al. (1984) und Hunt et al. (1986). Diese beiden Artikel dienten als Ausgangspunkt vieler späterer Einstellungsstudien. Schwerpunkt des Artikels von Goldsmith et al. (1984) ist die Wechselwirkung zwischen Methadon-Nebenwirkungen und Einstellung zum Methadon bei Methadonpatienten. Schwerpunkt des Artikels von Hunt et al. (1986) ist der Einfluss der Einstellungen von Heroinabhängigen auf deren Widerstand, sich einer Methadon-Substitutionsbehandlung zu unterziehen.

In einem zweiten Forschungsprojekt wurden drei qualitative Untersuchungen koordiniert: „Women on Methadone“ (Rosenbaum, 1982), „Getting off Methadone“ (Rosenbaum, 1985) und die „Alameda County Methadone Study“ (Rosenbaum et al., 1990). Diese drei Untersuchungen wurden zwischen 1980 und 1989 mittels Tiefeninterviews nach einer qualitativen ethnographischen Feldmethode durchgeführt. Im Rahmen dieser Untersuchungen wurden mitunter auch die Einstellungen von Heroin- und Methadonpatienten zum Thema Methadon erhoben. Auswertung und Publikation dieser Daten nahmen Murphy und Irwin (1992) vor.

2.1.7 Wechselwirkung zwischen Einstellungen, Kompliance und Methadon-Nebenwirkungen

Methadonpatienten berichten über eine grosse Anzahl von Nebenwirkungen, die sie dem Methadon zuschreiben. Dabei ist vielfach belegt, dass Methadonpatienten ihre Methadon-Substitutionsbehandlungen vorwiegend aus Angst vor physiologischen Nebenwirkungen negativ wahrnehmen (Rosenblum et al., 1991; Hunt et al., 1986; Beschner & Walters, 1985; Rosenbaum, 1981; Sutker et al., 1974). Vor allem in den 70er Jahren wurden viele dieser Symptome in kontrollierten medizinischen Settings systematisch untersucht. Dabei konnte belegt werden, dass viele Symptome nicht auf Nebenwirkungen des Methadons zurückzuführen sind, sondern auf Interaktionen zwischen Methadon und anderen Drogen, Interaktionen zwischen Methadon und Alkohol, Entzugssymptome durch Heroinentzug, Manifestationen undiagnostizierter körperlicher Erkrankungen, die schon vor Aufnahme einer Methadon-Substitutionsbehandlung bestanden oder die komorbid während einer Methadon-Substitutionsbehandlung auftreten, und vor allem auf inadäquate Methadondosierung (Kreek, 1983; Kreek, 1979; Kreek, 1978; Espejo et al., 1973; Goldstein & Judson, 1973). Im Rahmen des TRISEP wurden die Methadon-Nebenwirkungen ebenfalls untersucht. Goldsmith et al. (1984) konzentrierten sich dabei auf Einstellungen gegenüber Methadon-Nebenwirkungen aus Sicht der Methadonpatienten und Hunt et al. (1986) aus Sicht von Heroinabhängigen. Die beiden Forschungsgruppen interessierten sich dabei nicht dafür, ob es sich bei den von den Patienten genannten Symptomen um Nebenwirkungen des Methadons handelte oder nicht, sondern um die Wechselwirkungen zwischen Einstellungen, Compliance und Methadon-Nebenwirkungen bei Heroinabhängigen einerseits und Methadonpatienten andererseits. Die beiden Stichproben wurden nach Methadon-Nebenwirkungen befragt, die sie selbst erlebt hatten, und solchen, von denen sie durch Mitpatienten gehört hatten. Die Probanden zählten insgesamt 75 positive und negative Symptome auf, von denen sie überzeugt waren, dass es sich um Nebenwirkungseffekte des Methadons handelte. Obstipation, Schwitzen, Muskel- und Knochenbeeinträchtigungen, Sexualstörungen, Gewichtszunahme und -abnahme, psychischer Stress, Nervosität, Müdigkeit, Schlaflosigkeit und Magenbeschwerden waren diejenigen Symptome, die von mindestens 5% der Befragten erwähnt wurden.

Hunt et al. (1986) konnten aufzeigen, dass die Vorstellungen, wonach Methadon eine gefährliche Droge mit gravierenden Nebenwirkungen sein soll, mitunter durch wiederholt scheiternde Methadon-Entzugsbehandlungen und daraus resultierenden negativen Erfahrungen entstehen. Zule und Desmond (1998) konnten – basierend auf 161

Feldinterviews mit Heroin- und „speedball“³-Konsumenten aus San Antonio, Texas – feststellen, dass negative Erfahrungen durch von aussen auferlegte schnelle Methadon-Entzüge wie beispielsweise im Rahmen von Gefängnisaufenthalten sowie Behandlungserfahrungen in Behandlungsmodalitäten, in denen Abstinenz als oberstes Gebot gilt, wie 12-Schritte-Gruppen im Rahmen von „Narcotics Anonymous“ oder abstinenzorientierten Behandlungsprogrammen wie beispielsweise Behandlungen in therapeutischen Gemeinschaften, einen wesentlichen Einfluss auf die Entstehung negativer Einstellungen gegenüber Methadon-Substitutionsbehandlungen haben. Erfahrungen im Zusammenhang mit solchen Methadon-Entzugsbehandlungen erleben Heroinabhängige oftmals als so negativ und körperlich unangenehm, dass viele eine regelrechte Entzugsangst (vgl. Milby et al., 1994; Schumacher et al., 1992) entwickeln. Oft schreiben Heroinabhängige Entzugssymptome, die sie im Rahmen von Methadon-Entzugsbehandlungen erleben, dem Methadon als Substanz zu. Sie haben die Vorstellung, dass sich im Rahmen von Methadon-Entzugsbehandlungen „das wahre Gesicht“ des Methadons als Substanz zeigt. In der Folge entwickeln sie die mythologisch anmutende Überzeugung, wonach Heroin-Entzüge ohne pharmakologische Unterstützung Methadon-Entzugsbehandlungen vorzuziehen sind. Hinzu kommt, dass negative körperliche Erlebnisse im Zusammenhang mit Methadon-Entzugsbehandlungen für viele Heroinabhängige die einzigen Erfahrungen mit Methadon überhaupt sind, wodurch ihre Einstellungen bezüglich des Methadons stark geprägt werden. 56% der von Hunt et al. (1986) befragten Heroinabhängigen hatten keine Erfahrung mit Methadon-Substitutionsbehandlungen, hingegen hatten über 30% Erfahrungen mit Methadon-Entzugsbehandlungen. 16% der von Zule und Desmond (1998) befragten Heroinabhängigen, die nie in Methadon-Substitutionsbehandlung waren, hatten positive, 34% neutrale und 50% negative Einstellungen gegenüber Methadon-Substitutionsbehandlungen. 45% der Heroinabhängigen, die bereits in Methadon-Substitutionsbehandlung waren, hatten positive, 25% neutrale und 30% negative Einstellungen gegenüber Methadon-Substitutionsbehandlungen. Viele Heroinabhängige (Hunt et al., 1986) und Methadonpatienten (vgl. Goldsmith et al., 1984) verarbeiten ihre Methadon-Entzugserlebnisse, indem sie die damit verbundenen negativen körperlichen und psychischen Erlebnisse dem Methadon als Substanz zuschreiben.

Goldsmith et al. (1984) zeigten auf, dass negative Einstellungen gegenüber Methadon auf umfangreichen Fehlinformationen basieren, die durch Heroinabhängige und

³ Geschnupftes oder intravenös injiziertes Drogengemisch aus Heroin und Kokain.

Methadonpatienten akkumuliert und geteilt werden. Sie gehen davon aus, dass sich Ansammlungen solcher Fehlinformationen durch Patientenüberlieferungen zu Glaubenssystemen verdichten, die sich unabhängig von empirisch gesichertem Wissen verselbstständigen. Dies führt dazu, dass Heroinabhängige und Methadonpatienten zunehmend von einem Vorstellungssystem ausgehen, das Teil eines komplexen Glaubenssystems rund um den Methadongebrauch ist. Dabei identifizieren sie sich mit ihresgleichen, wobei Erklärungsmodelle ausgetauscht, übernommen und aufrechterhalten werden, die mehr auf ihre Welt als Heroinabhängige und Methadonpatienten abgestimmt sind, als auf medizinisch und pharmakologisch gesichertes Wissen der Behandelnden. Gemäss Rosenblum et al. (1991) ist diese Dynamik denn auch mit ein Grund, weshalb solche kollektiven, irrationalen Glaubenssysteme zum Thema Methadon so hartnäckig aufrechterhalten werden. Goldsmith et al. (1984) gehen davon aus, dass die Diskrepanz zwischen empirischer Evidenz und solchen Glaubenssystemen enorm gross ist.

Für die Behandelnden ist es sehr wichtig, neben Fachwissen über Methadon und Nebenwirkungen auch die individuellen Einstellungssysteme und Strategien von Heroinabhängigen und Methadonpatienten zu berücksichtigen. Im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojektes wird aus diesem Grund eigens zur Erschliessung solcher patientenzentrierter Einstellungssysteme und Strategien unter Methadonpatienten aus der Drogenszene Zürich eine qualitative Voruntersuchung durchgeführt.

Goldsmith et al. (1984) gehen davon aus, dass solche Vorstellungssysteme unterschiedlich kompliantes Verhalten von Methadonpatienten wie 1.) Selbstmedikation mittels anderer Drogen, 2.) inadäquate Methadondosierung, 3.) vorzeitiges Aussteigen aus der Methadon-Substitutionsbehandlung (Rückhaltequote) und gemäss Hunt et al. (1986) 4.) Verweigerungsverhalten von Heroinabhängigen gegenüber Methadon-Substitutionsbehandlungen mit verursachen.

Ad 1) und 2) Methadonpatienten betreiben in Übereinstimmung mit ihrem Glaubenssystem Selbstmedikation. Es zeigt sich, dass sie ihre Methadondosis bewusst nach oben oder unten anpassen, um Nebenwirkungen zu regulieren, die sie dem Methadon als Substanz an sich zuschreiben. Solche Dosis-Regulierungen können durchaus das unmittelbare Problem lindern, verändern aber die Erhaltungsdosis, was zu neuen Nebenwirkungen führt, die wiederum auf das Methadon als Substanz und weniger auf die inadäquate Dosierung zurückgeführt werden. Solche Dynamiken versuchen die Patienten zu kontrollieren, indem sie erweiterte Selbstmedikation betreiben. Beispielsweise konsumieren sie Kokain, um die sexuelle Appetenz zu steigern oder opioidhaltige Schmerzmittel, um sich von körperlichen Schmerzen zu entlasten usw. Dabei kommt es häufig zu Interaktionen

zwischen diesen jeweiligen Substanzen und dem Methadon und in der Folge zu veränderter Wirksamkeit des Methadons, was wiederum Nebenwirkungen fördert, die falsch interpretiert und in Patientenüberlieferungen weiter verdichtet werden. Ad 3) Die Angst vor möglichen Kurz- und Langzeitnebenwirkungen, wonach Methadon-Substitutionsbehandlungen zu Veränderungen im Metabolismus, zu Knochenalterung, Knochenschwund und anderen bleibenden Schäden führen soll, werden mitunter auch als Rechtfertigung eingesetzt, wenn es darum geht, aus Methadon-Substitutionsbehandlungen auszusteigen bzw. ad 4) gar nicht erst einzusteigen.

2.1.8 Widerstand gegen Methadon-Substitutionsbehandlungen

Viele Heroinabhängige sind aufgrund negativer Einstellungen gegenüber Methadon-Substitutionsbehandlungen nicht bereit, sich einer solchen zu unterziehen (Hunt et al., 1986; Beschner & Walters, 1985; Goldsmith et al., 1984 u. a.). Im Rahmen des TRISEP wurde eine Stichprobe von Heroinabhängigen beispielsweise gefragt, welche Substanzen (inkl. Methadon) sie kaufen würden, wenn man ihnen 1000 US-Dollar geben würde. Dabei wählten lediglich 1% Methadon. Nachfolgend werden die von Hunt et al. (1986) herausgearbeiteten Ein- und Vorstellungen von Heroinabhängigen zum Methadon aufgelistet:

- Es ist zu einfach, an Methadon heranzukommen, es ist einfach verfügbar.
- Methadon sollte man nur in Notfällen nehmen i.S. einer Medikation, beispielsweise, wenn es zu schwierig wird, an Heroin heranzukommen.
- Methadonpatienten sind Heroinabhängige, die „aufgegeben haben“.
- Heroinabhängige beurteilen Methadonpatienten als solche, die tagelang passiv herumsitzen, die Gratisdroge „Methadon“ erhalten, Alkohol trinken, TV schauen und Beruhigungspillen schlucken. Insgesamt widerspricht dieses Fürsorge- und Sozialhilfe-Bild (Preble & Miller, 1977) dem Selbstbild eines aktiven, flinken, aufmerksamen, flexiblen, einfallsreichen und erfinderischen (Preble & Casey, 1969) Heroinabhängigen, der sich „auf der Gasse“ durchkämpfen muss, um zu überleben. Heroinabhängige sehen es weniger als persönliche Herausforderung im Kampf gegen die „Sucht“, wenn einem die Droge wie im Falle des Methadons einfach „gegeben“ wird.
- „It takes your heart“ ist eine symbolische Aussage und bedeutet, dass Heroinabhängigen, die sich in Methadon-Substitutionsbehandlung begeben, das genommen wird, was es braucht, um „auf der Gasse“ überleben zu können (Power, Aktivsein, Schlauheit, Überlebenswillen usw.) – so als würde man ihnen das „Herz“ herausnehmen. Heroinabhängige, die sich in Methadon-Substitutionsbehandlungen

begeben, werden als „Verlierer“ und „ihres Herzens beraubt“ verurteilt. Heroin wird mit aktivem Lebensstil „auf der Gasse“ und gutem Ansehen innerhalb der Subkultur der Heroinabhängigen assoziiert. Viele Heroinabhängige haben denn auch das Gefühl, dass sie durch Eintritt in eine Methadon-Substitutionsbehandlung in ihrem Lebensstil zu stark beeinträchtigt würden.

- Heroinabhängige assoziieren mit Methadon-Substitutionsbehandlung die Einnahme von Tranquilizern und Sedativa wie Benzodiazepine. Wegen dieser Assoziation werden Methadonpatienten von Heroinabhängigen als „Abfallköpfe“, „Pillenköpfe“ und als „Mehrfachdrogenkonsumenten“ beschimpft, die ausgebrannt, müde und unfähig seien, dem gehetzten Leben auf der Gasse noch zu genügen und die Drogen mit tieferem Status konsumieren.
- In Übereinstimmung mit Methadonpatienten glauben auch Heroinabhängige, dass Methadon viele schädliche Nebenwirkungen verursacht, Heroinkonsum keine dieser Nebenwirkungen zur Folge hat und daher für den Körper viel besser sei, zumal Heroin organisch und nicht synthetisch ist. Beide Gruppen beschreiben Methadon als gefährliche Droge, von der gravierendere gesundheitliche Konsequenzen zu erwarten sind als vom Heroin (vgl. auch Goldsmith et al., 1984).
- Heroinabhängige und teilweise auch Methadonpatienten glauben, dass Methadon bis zu zehnmal so viel Opioid enthält wie eine vergleichbare Dosis Strassenheroin. Diese Vorstellung führt zum Mythos, wonach es geradezu unmöglich ist, das Methadon wieder zu entziehen und dass der Entzugsprozess physisch und psychisch sehr schmerzvoll ist.
- Heroin wird als Substanz gesehen, die kontrolliert werden kann, während Methadon bezüglich des körperlichen und sozialen Lebens als unkontrollierbar wahrgenommen wird.

Hunt et al. (1986) zeigen auf, dass für Heroinabhängige Methadon-Substitutionsbehandlungen paradoxerweise deshalb nicht in Frage kommen, weil sie glauben, viele, ihnen wichtige Aspekte ihres „Gassen-Lebensstils“ mit einer Methadon-Substitutionsbehandlung nicht vereinbaren zu können. Negative Einstellungen zum Thema Methadon leiten sich dabei zu einem grossen Teil von Behandlungsaspekten ab, die dem Selbstbild und der Identität von Heroinabhängigen und den Normen und Werten dieser Subkultur widersprechen. Dies führt gemäss Hunt et al. (1986) für viele Heroinabhängige zu einem enormen Widerstand gegenüber dem Eintritt in Methadon-Substitutionsbehandlungen. Viele Heroinabhängige

unterziehen sich deshalb nur dann einer Methadon-Substitutionsbehandlung, wenn sie sich dazu genötigt fühlen, z.B. unter dem Druck von Familienangehörigen, aufgrund einer körperlichen Erkrankung, einer Schwangerschaft oder im Rahmen einer Inhaftierung. Für viele Heroinabhängige in den USA kommt eine Methadon-Substitutionsbehandlung als Alternative somit nur dann in Frage, wenn sie aufgrund äusserer Umstände unter Druck stehen und es ihnen gelingt, die Behandlungsaufnahme so zu rationalisieren, dass tragende Aspekte ihrer „Gassen-Identität“ als aktive, Heroin konsumierende Heroinabhängige aufrechterhalten werden können. Gerstein und Harwood (1990) konnten aufzeigen, dass Heroinabhängige, die sich trotz negativer Einstellung für eine Methadon-Substitutionsbehandlung entscheiden, oft keine Dauersubstitutionsbehandlung, sondern eine möglichst kurz dauernde stationäre oder ambulante Methadon-Entzugsbehandlung anstreben. Dies allerdings weniger mit der Absicht den Heroinkonsum zu beenden, sondern mit der Absicht, den Heroinkonsum auf eine kontrollierbare Menge zu reduzieren.

Irrationale Glaubens- und Vorstellungssysteme unter Heroinabhängigen bezüglich Methadon und Methadon-Substitutionsbehandlungen werden durch negative Einstellungen und verzerrte Sichtweisen von Seiten der Gesellschaft, der Politik, den Behandelnden selbst, aber auch von Institutionen wie „Therapeutic Communities (TC)“ und „Narcotics Anonymous“ verstärkt (Zule & Desmond, 1998; Hunt et al., 1986). Viele bestätigen sich gegenseitig in der Einstellung, wonach durch Methadonsubstitution eine Droge durch eine andere ersetzt wird (Zweben & Payte, 1990). In einer Studie von Zule und Desmond (1998) anerkannten viele der befragten Heroinabhängigen, dass Methadon-Substitutionsbehandlungen einem ermöglichen, den Heroinkonsum zu beenden, einen legalen Job zu verrichten und ein relativ „normales“ Leben zu führen. Trotzdem vertraten dieselben Probanden die Meinung, dass Methadon eine weitere Droge ist. Zule und Desmond (1998) führten die negativen Einstellungen gegenüber Methadon und Methadon-Substitutionsbehandlungen eines grossen Teils der befragten heroinabhängigen Probanden auf direkte oder indirekte Erfahrungen mit dem 12-Stufen-Rehabilitationsprogramm der „Narcotics Anonymous“, das gesellschaftskonform die totale Abstinenz fordert, zurück. In den 80er-Jahren neigten viele der Behandelnden dazu, Heroinabhängigen eher eine auf Abstinenz basierende stationäre Behandlung innerhalb einer „Therapeutischen Gemeinschaft“ (TC) als eine ambulante Methadon-Substitutionsbehandlung zu empfehlen. Solche Empfehlungen erfolgten oft mit der Begründung, dass man es Heroinabhängigen mit Methadon-Substitutionsbehandlungen insgesamt zu einfach mache. Hunt et al. (1986) konnten aufzeigen, dass viele Behandelnde kognitiv Methadon-

Substitutionsbehandlungen zwar unterstützen, gleichzeitig aber Heroinabhängige, die sich einer Methadon-Substitutionsbehandlung unterziehen, als schwache und/oder inaktive Gesellschaftsmitglieder verachten.

Fischer et al. (2002) gingen in Kanada der Frage nach, weshalb die grosse Mehrheit der kanadischen Heroinabhängigen Methadon-Substitutionsbehandlungen so ablehnend gegenüberstehen, dass sie eine solche Behandlung abbrechen oder erst gar nicht aufnehmen. Auch diese Autoren vermuteten, dass die Einstellungen der Heroinabhängigen gegenüber Methadon-Substitutionsbehandlungen einen bedeutenden Einfluss haben könnten. Die Befragung erfolgte 1999 in Vancouver, Montreal und Toronto im Rahmen von Fokusgruppen⁴ à 6-7 Probanden. Befragt wurde eine Stichprobe (n=47), die sich aus Methadonpatienten, Heroinabhängigen, die zu einem früheren Zeitpunkt und Heroinabhängigen, die nie in Methadon-Substitutionsbehandlung waren, zusammensetzte. Die Probanden waren mehrheitlich der Überzeugung, dass das Abhängigkeitspotenzial und die Entzugssymptome von Methadon im Vergleich zu Heroin viel schlimmer sind. Viele Probanden gaben zudem an, dass die fehlende oder negative psychoaktive Wirkung des Methadons das Bedürfnis verstärke, illegale Drogen zu konsumieren, um entsprechende Wirkungen zu kompensieren (vgl. auch Koester et al. 1999). Neben der Methadonwirkung hatte auch das Behandlungssystem als solches einen Einfluss auf die Einstellungen. Viele Probanden nahmen die Methadon-Substitutionsbehandlung als bestrafend, kontrollierend, entmachtend und zu stark reglementiert war. Viele Probanden wünschten sich stattdessen, an einem Heroinprogramm teilnehmen zu können. Dies, weil die meisten Heroin als Droge erster Wahl betrachteten und dadurch Heroinkonsum als die attraktivste und wünschenswerteste Behandlungsform mit den geringst-möglichen Mängeln sahen. Viele Probanden behaupteten, dass verschriebenes Heroin sie gesünder machen würde als Methadon. Man würde ihnen damit erlauben, die von ihnen gewünschte Droge (Heroin) zu konsumieren und damit auch in dem von ihnen gewünschten Verabreichungsmodus zu konsumieren. Dadurch würden der Heroin-Beikonsum und damit verbundene negative Nebenwirkungen, verursacht durch die Interaktion zwischen Heroin und Methadon, entfallen. Interessanterweise wurden die im

⁴ Der Einsatz von Fokusgruppen bzw. die ihr zugrunde liegende Gruppendynamik limitierte die Untersuchung von Fischer et al. (2002) insofern, als dass individuelle Persönlichkeitsfaktoren der Gruppenteilnehmer einen starken Einfluss auf die Ansichten und Einstellungen hatten. Die Daten repräsentieren entsprechend einen kleinen Forschungsausschnitt bezüglich Einstellungen, Erfahrungen und Ansichten von Heroinabhängigen und Methadonpatienten, der so nicht generalisierbar ist, aber zur Hypothesengenerierung verwendet werden kann.

Vergleich mit Methadon-Substitutionsbehandlungen um ein Vielfaches strikteren Behandlungsbedingungen des Heroinprogramms von den Probanden nicht bemängelt.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit ist es sehr wichtig, Einstellungen, Heuristik und Glaubenssysteme von Methadonpatienten von Grund auf zu untersuchen und zu identifizieren. Dabei stellt sich die Frage, inwiefern Einstellungen und Glaubenssysteme, die bei Heroinabhängigen in den USA und Kanada auch heute noch solch massive Widerstände gegenüber Methadon-Substitutionsbehandlungen evozieren, auch bei Heroinabhängigen und Methadonpatienten in Zürich vorhanden sind und welchen Einfluss sie auf die Patienten haben.

2.1.9 Methadoneinstellung als Mythos

Für Hunt et al. (1986) und Goldsmith et al. (1984) muten Einstellungen von Heroinabhängigen und Methadonpatienten zum Thema Methadon teilweise so skurril an, dass sie solche Glaubenssysteme mitunter auch als Mythen bezeichnen. Psychologisch sind Mythen durch darin enthaltene Projektionen bezüglich menschlicher Probleme und Erfahrungen oder Umstände auf übermenschliche Wesen und Charaktere interpretierbar (Bischof, 1998). Im Sinne der Ergebnisse von Hunt et al. (1986) und Goldsmith et al. (1984) lässt sich fragen, ob es sich bei den Glaubenssystemen von Heroinabhängigen und Methadonpatienten zum Thema Methadon um Projektionen verdichteter, negativer Erlebnisse – beispielsweise durch Methadon-Entzugsbehandlungen – auf das Methadon handeln könnte.

Zeitgenössische (d. h. moderne bzw. postmoderne) Mythen präsentieren sich als kollektive, irrationale Vorstellungen, wie dies beispielsweise Barthes (1964) darlegt. Mythen in diesem Sinne sind in der Regel nicht mehr religiös legitimiert, aber beruhen in erheblichem Masse auf nicht (mehr) verifizierbaren kollektiven Erinnerungen. Bei Glaubenssystemen von Heroinabhängigen und Methadonpatienten zum Thema Methadon könnte es sich in diesem Sinne um eine Mischung aus Erzählungen, kollektiven Erinnerungen und Überlieferungen von Erlebnissen wie beispielsweise traumatisch erlebten Methadon-Entzugsbehandlungen handeln. In Form von kollektiven Irrtümern können Mythen sozialen Zusammenhalt erzeugen und Herrschaft sichern, aber auch Subkulturen (wie beispielsweise Heroinabhängige „auf der Gasse“) und Untergrundbewegungen legitimieren (Barthes, 1964). Auf diese Weise liesse sich der starke Zusammenhalt und das Identität stiftende Moment der „Gassen“-Subkultur Heroinabhängiger bzw. die Idealisierung von Heroin als Substanz erklären. Gemäss Barthes

(1964) gewinnt das mythologisierte Objekt (wie beispielsweise die Substanz „Heroin“) an Plausibilität, wenn seiner Darstellung eine irrational-übernatürliche Aura verliehen bzw. das mythologisierte Objekt im übertragenen Sinne "vergöttert" wird.

Während Horkheimer und Adorno (1997) im Aufklärungsprozess des 20. Jahrhunderts an die Gefahr des Verlustes des Mythischen glaubten, ging Blumenberg (1979) von der Prämisse aus, dass sich im Mythos existenzielle Grunderfahrungen aussprechen, die den Menschen überlasten. Erfahrungen von Heroinabhängigen mit Methadon und Methadon-Substitutionsbehandlungen (z. B. Entzugserfahrungen) wie sie von Hunt et al. (1986) dargestellt wurden, könnten Beispiele solcher Überlastungen sein. Gemäss Blumenberg (1979) lehrt das Narrativ des Mythos einen Umgang mit solchen Situationen und stellt dadurch eine Entlastungsfunktion für den Menschen dar. Dabei lässt sich der Mythos nicht in klare, nicht-bildhafte Sprache überführen. Genau diese Polyvalenz verleiht ihm seinen Reichtum und macht seine Interpretierbarkeit und Anwendbarkeit in unterschiedlichsten Krisen möglich. Dies wäre eine Erklärung dafür, weshalb oben genannte irrationalen Glaubens- und Vorstellungssysteme zum Thema Methadon unter Heroinabhängigen, die nie in Methadon-Substitutionsbehandlung waren, so nachhaltig Anwendung finden. In der heutigen Forschung wird der Mythos mitunter als rituelle Wiederholung von Urereignissen gedeutet, als erzählerische Aufarbeitung menschlicher Urängste und -hoffnungen (vgl. auch Bischof, 1998). Bei den Glaubenssystemen von Heroinabhängigen zum Thema Methadon könnte es mitunter um die erzählerische Aufarbeitung von Ängsten im Zusammenhang mit Entzugssymptomen und um die Hoffnung auf Abstinenz gehen. In der Funktion des erzählerischen Aufarbeitens haben Mythen (vgl. auch Bischof, 1998) einen unaufholbaren Vorsprung gegenüber Begriffssystemen. Im Kontext der Methadon-Substitutionsbehandlung könnte es sich um einen Vorsprung gegenüber einem wissenschaftlich fundierten („evidence based“) Wissen in Bezug auf Methadon und Methadon-Substitutionsbehandlung handeln.

2.1.10 Ambivalente Einstellungen bezüglich Methadon und Methadon-Substitutionsbehandlungen

Rosenblum et al. (1991) untersuchten die Einstellungen 83 inhaftierter intravenös konsumierender Heroinabhängiger, die, obwohl sie zum Zeitpunkt der Inhaftierung nicht in Methadon-Substitutionsbehandlung waren, sich im Gefängnis einer Methadon-Substitutionsbehandlung unterzogen. Untersucht wurde, inwiefern ambivalente und ängstliche

Einstellungen zum Thema Methadon die Entscheidung, sich nach der Freilassung längerfristig einer Methadon-Substitutionsbehandlung zu unterziehen, beeinflussten.

58% der Befragten gaben an, mindestens eine Methadon-Substitutionsbehandlung gehabt zu haben, wobei die durchschnittliche Länge dieser Behandlung bei sechs Monaten lag. Lediglich 6% der Probanden waren im Sinne einer Dauerbehandlung länger als zwei Jahre in Methadon-Substitutionsbehandlung gewesen. Die drei meist genannten Gründe, weshalb die Probanden ihre Methadon-Substitutionsbehandlung abgebrochen hatten, waren a.) Rückkehr in den Heroinkonsum (32%), b.) Inhaftierung (21%), und c.) mangelnde finanzielle Mittel, um die Behandlung zu bezahlen (19%). Lediglich 9% gaben an, die Methadon-Substitutionsbehandlung aus Widerstand gegen die Behandlung an sich verlassen zu haben. Demgegenüber gaben 34% der Probanden an, vor einer Methadonabhängigkeit Angst zu haben und 24% vor Nebenwirkungen (wie Knochenentkalkung bzw. -auflösung) und Methadon-Überdosierung. Lediglich 42% gaben an, vor Methadon keine Angst zu haben. Ängste wurden eher von Frauen als von Männern (82% vs. 52%) und von Probanden mit eher, als von solchen ohne Nadeltausch (71% vs. 48%) berichtet. Rosenblum et al. (1991) rechneten logistische Regressionsmodelle, wobei Geschlecht und Nadeltausch signifikante Prädiktoren der „Methadonangst“ waren.

Rosenblum et al. (1991) zeigten, dass sich Ängste im Zusammenhang mit Methadon mitunter in ambivalenten Einstellungen und Haltungen gegenüber Methadon-Substitutionsbehandlungen verdichten. Ambivalente Haltungen gegenüber Methadon-Substitutionsbehandlungen manifestierten sich in der von Rosenblum et al. (1991) untersuchten Stichprobe mitunter darin, dass nur 52% der Probanden die konkrete Absicht äusserten, nach ihrer Haftentlassung eine Methadon-Substitutionsbehandlung aufzunehmen. Dies obwohl 93% der heroinabhängigen Probanden die Frage, ob sie sich vorstellen könnten, sich nach Haftentlassung einer Methadon-Substitutionsbehandlung zu unterziehen, mit „ja“ beantworteten. Von den 52%, die konkrete Absichten äusserten, eine Methadon-Substitutionsbehandlung aufzunehmen, konnten sich 45% nicht vorstellen, länger als ein Jahr in Methadon-Substitutionsbehandlung zu bleiben und nur 14%, auch nach zwei Jahren noch in Methadon-Substitutionsbehandlung zu sein. Probanden, welche die Absicht äusserten, sich nach Haftentlassung in Methadon-Substitutionsbehandlung zu begeben und in dieser auch zu verbleiben, waren diejenigen, die angaben, sich vor Methadon nicht zu fürchten, häufig

Drogen zu injizieren und selten „crack“⁵ zu konsumieren. Heroinabhängige, die angaben, hochfrequent „speedball“⁶ zu injizieren, waren eher motiviert, sich einer Methadon-Substitutionsbehandlung zu unterziehen. Rosenblum et al. (1991) führten dies darauf zurück, dass sich Letztere ihrer Drogenabhängigkeit bewusster waren und vermehrt das Gefühl hatten, die Kontrolle über ihre Abhängigkeit verloren zu haben. Erstere waren hingegen der Meinung, dass eine Methadon-Substitutionsbehandlung für sie weniger relevant ist.

Solche ambivalenten Einstellungen und Haltungen unter Heroinabhängigen und Methadonpatienten resultieren gemäss Rosenblum et al. (1991) aus Angst evozierenden, unrealistischen Interpretationen von Methadon-Nebenwirkungen (vgl. auch Goldsmith et al., 1984; Kreek, 1983 u. a.) sowie aus persönlichen Heuristik und Glaubenssystemen bezüglich Methadon und Methadon-Substitutionsbehandlung (vgl. auch Hunt et al., 1986). Gemäss Rosenblum et al. (1991) trägt diese ambivalente Haltung gegenüber Methadon und Methadon-Substitutionsbehandlung dazu bei, dass viele Heroinabhängige – wenn sie sich durchgerungen haben, eine Methadon-Substitutionsbehandlung aufzunehmen – danach streben, diese im Sinne einer kurzfristigen Brücke zeitlich möglichst zu begrenzen. Dies basiert gemäss Rosenblum et al. (1991) auf dem diffusen Wunsch, mittels solcher Behandlungs-Episoden von sämtlichen Drogen abstinent zu werden. Die meisten Probanden gaben als ihr primäres Ziel an, nach der Haftentlassung drogenfrei, ohne illegale Drogen und ohne Methadon leben zu wollen (vgl. auch Lipton & Goldsmith, 1990). Trotzdem konnten sich lediglich 19% der Probanden vorstellen, eine „drogenfreie“, stationäre Behandlung im Rahmen einer therapeutischen Gemeinschaft aufzunehmen. Methadon-Substitutionsbehandlungen zur Verhinderung von Rückfällen wurden von den Probanden als Zielsetzung nicht in Erwägung gezogen. Dieser Widerspruch widerspiegelt gemäss Rosenblum et al. (1991), dass Heroinabhängige und Methadonpatienten die Wirksamkeit ihrer Selbstkontrolle zu optimistisch einschätzen bzw. daran glauben, dass sie die Abstinenz alleine durch ihren Willen und aus eigener Kraft aufrechterhalten können (vgl. auch Magura et al., 1991). Hinzu kommt, dass sie Voraussagen über den Verlauf einer möglichen Methadon-Substitutionsbehandlung vornehmen, die auf idiosynkratischen Theorien bezüglich möglicher Folgeabhängigkeiten basieren, und dabei ihr Wissen überschätzen. Sie haben die Tendenz, Einzelfälle nicht auf Stichprobenebene zu interpretieren, sondern von Einzelfällen auf die Grundpopulation aller Heroinabhängigen oder Methadonpatienten zu schliessen. Damit

⁵ Crack wird aus Kokain hergestellt, das mit Backpulver und Wasser zu kleinen Kristallen (Rocks) aufgekocht wird. Es entsteht gestrecktes Kokain, das weitaus preiswerter ist als reines Kokain. Crack kann im Gegensatz zu Kokain geraucht werden.

⁶ Drogenmischung aus Heroin und Kokain, die geschnupft und/oder intravenös injiziert werden kann.

tendieren sie dazu, die Wichtigkeit des Einzelfalles massiv zu überschätzen. Dies untermauern Untersuchungsergebnisse von Fischhoff (1976), wonach Menschen Mühe haben, die subjektive Wahrscheinlichkeit einzuschätzen. Im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojektes ist es daher sehr wichtig, ambivalente Einstellungen und idiosynkratische Theorien der Methadonpatienten zu erfassen.

Ungefähr zehn Jahre später untersuchten Stancliff et al. (2002) in New York, inwiefern Einstellungen von Methadonpatienten dazu beitragen, dass unverändert viele Patienten, Methadon-Substitutionsbehandlungen gegenüber ablehnend sind. Zu diesem Zweck stellten Stancliff et al. (2002) einen Fragebogen mit wichtigen Items zum Thema Methadon aus Studien der 80er- und 90er-Jahre (Zule & Desmond, 1998; Murphy & Irwin, 1992; Rosenblum et al., 1991; Hunt et al., 1986; Goldsmith et al., 1984) zusammen. Der Fragebogen wurde durch Items ergänzt, die auf damals aktuellen Äusserungen von Methadonpatienten basierten. Der Fragebogen wurde an 800 Personen versandt und von 315 Patienten ausgefüllt retourniert. In Abb. 1 sind die im Fragebogen enthaltenen Items aufgeführt:

- Methadone is bad for your health
- Higher doses of methadone are less healthy than lower doses
- Methadone gets into your bones
- Methadone damages the immune system (the ability to fight disease)
- People should try to get off methadone
- I am afraid to tell doctors I am on methadone
- Heroin users who are not on methadone programs look down on those who are on methadone programs
- I am afraid to tell friends and family that I am on methadone
- Methadone encourages people to use cocaine
- Methadone is “liquid handcuffs” – coming to the clinic makes my life difficult
- Methadone has helped me change my life in a good way
- Counseling at the clinic has helped me
- Being on methadone helps people be more careful about using a clean syringe if they still shoot up
- Since I have been on methadone I am more careful about using condoms and choosing whom to have sex with
- Being on methadone helps drug users avoid getting HIV
- People would be helped if methadone were offered in regular doctors’ offices

Abb. 1: Items des Fragebogens von Stancliff et al. (2002)

Aus den Ergebnissen von Stancliff et al. (2002) geht hervor, dass obwohl 80% der Probanden zustimmten, dass ihnen die Methadon-Substitutionsbehandlung genützt hat und half, ihr Leben in eine gute Richtung zu lenken („Methadone has helped me change my life in a good way“), ebenfalls 80% der Probanden darin zustimmten, dass Methadon schlecht für ihre Gesundheit sei („Methadone is bad for your health“). Evident war die Angst vor Stigmatisierung: 58% hatten Angst mit Freunden oder Familienangehörigen und 42% im Rahmen einer ärztlichen Behandlung zu erwähnen, dass sie in Methadon-Substitutionsbehandlung sind. Während 39% die Meinung vertraten, dass Methadon-Substitutionsbehandlungen vor HIV-Infektionen schützen, gaben 61% keinen entsprechenden Behandlungsvorteil an. Die Probanden fühlten sich zudem unter erheblichem Druck und verspürten den Impuls, ihre Methadon-Substitutionsbehandlung abbrechen zu müssen. Stancliff et al. (2002) kamen zu dem Schluss, dass sich Methadonpatienten in einem Konflikt zwischen erfolgreicher medizinischer Versorgung und dem Schutz eigener Selbstwertgefühle und Würde befinden.

80% der von Stancliff et al. (2002) befragten Methadonpatienten – die Probanden waren durchschnittlich⁷ seit 7 Jahren in Methadon-Substitutionsbehandlung – gaben an, aufgrund ihrer ambivalenten Einstellung aus ihrer Methadon-Substitutionsbehandlung aussteigen zu wollen. Bereits Rosenblum et al. (1991) konnten aufzeigen, dass sowohl unter Methadonpatienten, die zum ersten Mal eine Methadon-Substitutionsbehandlung aufnehmen, als auch unter solchen, die bereits durchschnittlich sechs Monate in Methadon-Substitutionsbehandlung waren, vergleichbar ambivalente Einstellungen und Haltungen gegenüber Methadon und Methadon-Substitutionsbehandlungen vorhanden sind. Stancliff et al. (2002) schliessen daraus, dass viele Methadonpatienten trotz ambivalenter Gefühle und Einstellungen mit der Methadon-Substitutionsbehandlung fortfahren und Methadon während einer langen Periode einnehmen. Die Autoren gehen zudem davon aus, dass Methadonpatienten bezüglich Sicherheit, Nutzen und Wirkung von Methadon-Substitutionsbehandlungen nach wie vor mangelhaft aufgeklärt sind und dies, obwohl sie schon mehrere Jahre in Behandlung sind. Gemäss Magura und Rosenblum (2001) führen Fehlinformationen und negative Einstellungen mitunter zu Behandlungsunterbrechungen, Behandlungsabbrüchen und zu Rückfällen.

⁷ Die Autoren gaben an, dass viele Methadonpatienten nicht genau wussten, wie lange sie insgesamt in Methadon-Substitutionsbehandlung waren, da sie die Behandlungsinstitutionen unrekonstruierbar oft gewechselt hatten.

2.1.11 Methadon-Substitutionsbehandlung als Zwischenwelt

Murphy und Irwin (1992) untersuchten den Umgang von Methadonpatienten mit ihrem Stigma als „Drogensüchtige“. Ausgangspunkt ihrer Arbeit war die Weiterführung der Überlegungen von Rosenbaum und Murphy (1989), dass auch die Aufnahme einer Methadon-Substitutionsbehandlung dieser Stigmatisierung nichts entgegenzuhalten vermag. Methadonpatienten leiden unter der gleichen öffentlichen Stigmatisierung wie Heroinabhängige. Ebenfalls einbezogen wurden die Überlegungen von Goffman (1963; zit. nach Murphy & Irwin, 1992), wonach Heroinabhängige eine Identität haben, die alle anderen sozialen Identitäten befleckt und kontaminiert, und der sie sich nur sehr schwer, wenn überhaupt, entledigen können. Die der Auswertung von Murphy und Irwin (1992) zugrunde liegenden Daten wurden im Rahmen des unter Kap. 2.1.6 erwähnten Forschungsprojekts erhoben, bei dem zwischen 1980 und 1989 nach einer qualitativen ethnographischen Feldmethode Tiefeninterviews geführt wurden. Murphy und Irwin (1992) untersuchten 1.) die Folgen dieser konstanten Stigmatisierung auf Methadonpatienten, 2.) die Anpassung, die von Methadonpatienten vorgenommen werden muss, damit sie sich trotz Stigmatisierung irgendwie „normal“⁸ fühlen und 3.) den sozialen Kontext, in dem Methadonpatienten ihre Identität als „Drogensüchtige“ trotzdem offenlegen. Murphy und Irwin beschrieben verschiedene Folgen, die sie auf konstante Stigmatisierung zurückführen. Mitunter beschrieben sie das Gefühl, im Sinne von „nicht ganz Junkie, nicht ganz konventionell“ eine ambivalente Identität zu haben, die Angst evoziert und die deshalb von den Methadonpatienten geheimgehalten werden muss. Gemäss Murphy und Irwin leben Methadonpatienten in einer Art Identitätsschwebe bzw. Zwischenidentität. Dabei handelt es sich um ein anhaltendes, diffuses Identitätsmuster zwischen zwei extrem unterschiedlichen Identitäten: Nicht ganz Junkie und damit nicht ganz von der Norm abweichend einerseits, nicht ganz konventionell und damit nicht ganz normal andererseits. Methadonpatienten wollen dieser belastenden Identitätsschwebe entkommen, indem sie wiederholt versuchen, eine Identitätsumwandlung von der einen in die andere Identität durchzuführen. Murphy und Irwin konnten aufzeigen, dass obwohl viele Methadonpatienten den Eintritt oder Wiedereintritt in eine Methadon-Substitutionsbehandlung als einen Wendepunkt erleben, es ihnen aber nicht gelingt aus dieser „Zwischenidentität“ herauszukommen. Es gelingt ihnen trotz Aufnahme einer Methadon-Substitutionsbehandlung nicht, sich des Stigmas des „Drogensüchtigen“ zu entledigen. Gemäss Murphy und Irwin (1992) hat dies zwei Gründe:

⁸ Der in der Psychiatrie am häufigsten gemeinte Normenbegriff ist der der Durchschnittsnorm: Normal im Sinne der Durchschnittsnorm ist global das Verhalten, das der Mehrzahl der Menschen eines bestimmten Geschlechtes und bestimmter Altersgruppen innerhalb eines bestimmten soziokulturellen Bereiches in bestimmten Situationen eignet (Scharfetter, 2002).

- Die Öffentlichkeit weiss nicht, weshalb jemand heroinabhängig wurde und bezüglich welcher Substanzen jemand wie lange abstinent war oder ist. „Drogensüchtige(r)“ ist eine Identität, die unabhängig von den individuellen Umständen haften bleibt. Selbst wenn jemand seit Jahren völlig abstinent ist, wird er vom sozialen Umfeld noch als „Ex-Drogensüchtige(r)“ bezeichnet. Methadonpatienten gelingt es weder in der Selbstwahrnehmung noch in der öffentlichen Wahrnehmung, sich als „Heroinabhängige in Rehabilitation“ zu qualifizieren. Oft ist es sogar so, dass sich Methadonpatienten mit der öffentlichen Meinung identifizieren, die Methadonpatienten und Heroinabhängige unterschiedslos als „Junkies“ bewertet, und meint, Methadonpatienten substituieren lediglich illegale durch legale Drogen.
- Es gibt kein öffentliches Ritual bzw. keine öffentliche Zeremonie, die die Umwandlung in eine konventionelle Identität öffentlich kennzeichnet, wie beispielsweise eine offizielle Hochzeitsfeier, welche die Umwandlung von ledig in verheiratet öffentlich kennzeichnet. Die Aufnahme und Aufrechterhaltung der Methadon-Substitutionsbehandlung erfolgt oft geheim, wodurch der Umwandlungsprozess der Öffentlichkeit vorenthalten wird und als Ritual unbrauchbar macht.

Da die meisten Methadonpatienten dem Lebensstil und der Identität eines „Abhängigen“ entfliehen und eine Identität als konventionelle Person erlangen wollen, bleibt ihnen oft nichts anderes übrig, als ihren Status als Methadonpatienten zu verbergen. Dies zwingt sie dann oft, multiple Identitäten zu leben. Biernacki (1986) zeigt auf, dass das Arrangement multipler Identitäten kontinuierlich geführt und gelenkt werden muss und zwar in einer Art und Weise, wonach je nach sozialem Umfeld und sozialer Situation gleichzeitig die eine Identität hervorgehoben, die andere zurückgezogen werden muss.

Murphy und Irwin (1992) interpretieren, dass obwohl viele andere stigmatisierte Gruppen (Körperbehinderte, Geistigbehinderte usw.) während der 70er-, 80er- und 90er-Jahre von der Öffentlichkeit zunehmend akzeptiert wurden, die Stigmatisierung Heroinabhängiger zugenommen hat und sich negative Einstellungen ihnen gegenüber verdichtet haben. Heroinabhängige (wie auch Patienten mit anderen Substanzstörungen) werden zudem nach wie vor für viele unserer sozialen Probleme verantwortlich gemacht. Dies trägt zusätzlich, dazu bei, dass es ihnen nicht gelingt, sich vom Stigma des „Drogensüchtigen“ zu befreien.

Im vorliegenden Forschungsprojekt wird die Grundüberlegung von Murphy und Irwin (1992) integriert, wonach gewisse Methadonpatienten eigentlich schon deshalb nicht in Methadon-Substitutionsbehandlung sein möchten, weil es ihnen dort weniger gut (oder gar nicht) gelingt eine kohärente Identität aufzubauen als innerhalb der Subkultur der Heroinabhängigen „auf der Gasse“. Es ist zu vermuten, dass es Heroinabhängigen in der „Junkie-Subkultur“ (Murphy & Irwin, 1992) eher gelingt, sich „normal“ (Scharfetter, 2002) und geborgen zu fühlen.

2.1.12 Methadon-Substitutionsbehandlungsmotive

Zusätzlich zu den Heroinabhängigen, die freiwillig in eine Methadon-Substitutionsbehandlung eintreten, um sich von ihrer Heroinabhängigkeit zu befreien und jenen, die dies auf gerichtliche Anordnung hin tun, untersuchten Koester et al. (1999) weitere Gründe, weshalb Heroinabhängige eine Methadon-Substitutionsbehandlung aufnehmen. Mittels qualitativer Interviews an einer Stichprobe von 38 Heroinabhängigen identifizierten Koester et al. (1999) die nachfolgend aufgeführten Gründe:

1) Flexibilisierung des Heroinkonsums:

Im Vordergrund steht nicht die Absicht einer längeren oder zeitlich begrenzten Abstinenz, sondern stehen vielmehr zwei andere Motive: 1.) Heroinpatienten verschaffen sich eine „Auszeit“ vom Heroinkonsum und dem Leben „auf der Gasse“, oder/und 2.) sie versuchen den Umfang des Heroinkonsums unter Kontrolle zu bringen.

2) Reduktion multipler Risiken, die die Heroinabhängigkeit begleiten:

Heroinabhängige lassen sich oft nur für kurze Episoden auf eine Methadon-Substitutionsbehandlung ein. Diese Episoden dienen Heroinabhängigen oft dazu, das eigene Risiko, dem sie durch aktiven Heroinkonsum ausgesetzt sind, zu reduzieren und wieder unter Kontrolle zu bringen. In einer Studie von Rosenbaum et al. (1996) konnte aufgezeigt werden, dass Methadon-Substitutionsbehandlungen von der Mehrheit einer Heroinpatienten-Stichprobe in San Francisco (n=233) als Schadensbegrenzungsprogramme gesehen und auch eingesetzt werden. Bei denjenigen Heroinabhängigen, die ihre Absicht kund taten, eine Methadon-Substitutionsbehandlung aufzunehmen und ihren Namen in eine Warteliste eines Methadon-Substitutionsprogramms eintragen, kam es zu einer bedeutenden Abnahme von Heroinkonsumereignissen und kriminellen Aktivitäten. Rosenbaum et al. (1996) konnten damit aufzeigen, dass Methadon-Substitutionsbehandlungen Heroinabhängigen helfen, eine

Handhabung zur Stabilisierung ihrer Lebenssituation zu erwerben. Koester et al. (1999) konnten aufzeigen, dass Methadon-Substitutionsbehandlungs-Episoden nicht nur – wie dies von Rosenbaum et al. (1996) aufgezeigt wurde – der Schadensreduktion i. S. eines positiven Nebeneffekts, sondern einem aktiven Versuch der Schadensreduktion dienen, den sich Heroinpatienten selbst verordnen.

3) Methadon-Substitutionsbehandlungs-Episoden als Probephase für Langzeit-Methadon-Substitutionsbehandlungen:

Heroinabhängige, die aufgrund negativer Einstellungen (vgl. Hunt et al. 1986; Goldsmith et al. 1984, u. a.) massive Widerstände zeigen, eine Methadon-Substitutionsbehandlung aufzunehmen, lassen sich oft nur halbherzig und eher manipulierend, im Sinne einer Probephase, die ihnen dabei helfen soll, ein Leben ohne Heroinkonsum zu testen, auf eine Substitutionsbehandlung ein. Indem sie möglichst tiefe Methadondosen sowie kurze Methadon-Substitutionsbehandlungs-Episoden anstreben, versuchen sie die Wirkung der Methadon-Substitutionsbehandlung einzuschränken und zu kontrollieren. Dies hat die Funktion, das Potenzial von Methadon zu testen, ohne sich dabei den Gefahren, die sie dem Methadon zuschreiben, voll und ganz auszusetzen. Obwohl in dieser Art motivierte Methadon-Substitutionsbehandlungs-Episoden nicht im Sinne⁹ einer Methadon-Substitutionsbehandlung sind, sind sie für Heroinabhängige wichtige Komponenten einer (Über-)Lebensstrategie, die dazu dienen soll, in einer schwierigen und lebensfeindlichen „Heroinwelt“ zu überleben.

Bereits Agar (1977) zeigte in den 70er-Jahren auf, dass Heroinabhängige mit Methadonsubstitution die Möglichkeit erhalten, aus Sicht der „ordentlichen Gesellschaft“ einen Behandlungsstatus einzunehmen, ohne die „Junkie-Subkultur“ wirklich verlassen zu müssen. Die Unverbindlichkeit, so Agar (1977), mit der Methadon in die „Junkie-Subkultur“ von New York eingeführt wurde, ermöglichte vielen Heroinabhängigen, mit minimalem Engagement Methadon-Substitutionsbehandlungen aufzunehmen, d.h., sich auf diejenige Behandlungsdauer und Methadondosis einzulassen, die es ermöglichen, einen Lebenswandel auszuprobieren, der den individuellen Vorstellungen, Bedürfnissen und Möglichkeiten entspricht. Erkenntnisse von Biernacki (1986) aus den 80er-Jahren gehen in eine ähnliche Richtung. Danach gibt der Einstieg in eine Methadon-Substitutionsbehandlung vielen

⁹ Der Übergang vom marginalisierten Heroinabhängigen auf der Strasse zu einem drogenfreien, integrierten Mitglied in der Gesellschaft verlangt mehr als Heroinabstinenz. Gemäss Koester et al. (1999) verlangt dies den Wechsel des Lebensstils.

Heroinabhängigen die Gelegenheit zu überprüfen, ob es vorteilhafter ist, die bisherige Identität aufrechtzuerhalten oder eine neue Identität bzw. einen neuen Lebensentwurf zu entwickeln. Stephens (1991) weist darauf hin, dass Heroinabhängige durch kurze Methadon-Substitutionsbehandlungs-Episoden die Möglichkeit erhalten, mit Mitpatienten zu interagieren, die kein Heroin konsumieren, um auf diese Weise die Rollen eines „Nicht-Süchtigen“ zu explorieren.

Zusammenfassend zeigt dies, dass Heroinabhängige, die sich Methadon-Substitutionsbehandlungen in Form kurzer Behandlungs-Episoden – oft unter Fortsetzung eines gewissen Heroinkonsums – unterziehen, sich nicht wirklich auf die Methadon-Substitutionsbehandlung einlassen, sondern Teil eines „Drehtürsystems“ bleiben. Den Erkenntnissen von Koester et al. (1999) ist zu entnehmen, wie wichtig es ist, die Einstellungen und die unterschiedlichen Behandlungsmotivationen von Heroinabhängigen und Methadonpatienten bezüglich Methadon und Methadon-Substitutionsbehandlungen zu erfassen. Dies, weil Heroinabhängige und Methadonpatienten sich Methadon-Substitutionsbehandlungen oft anders vorstellen und dadurch andere Behandlungsziele anstreben als die Behandelnden. Da in Europa und insbesondere in der Schweiz noch keine Studie durchgeführt wurde, die die Ein- und Vorstellungen von Methadonpatienten untersuchte, ist es umso wichtiger, dies im Rahmen der vorliegenden Arbeit zu tun.

2.1.13 Einstellungen der Behandelnden

Unter Behandelnden ist eine Orientierung auf die totale Abstinenz von Opioiden weit verbreitet (vgl. Forman et al., 2001). In der Tat gibt es Literatur, die aufzeigt, dass diese Behandelnden zu tiefe Methadondosierungen anbieten und die Patienten dazu ermutigen, die Methadondosis bis zur Abstinenz zu reduzieren (D'Aunno et al., 1999). Dies steht wiederum im Gegensatz zum Umstand, dass die Heroinabhängigkeit häufig eine schwere, chronisch verlaufende Störung ist und die „totale Abstinenz“ selten erreicht wird (Kreek & Vocci, 2002). Bei den Behandelnden ist die Orientierung auf totale Abstinenz von Opioiden (auch vom Methadon) im Rahmen von Methadonbehandlungen in Australien durch eine Forschungsgruppe um Caplehorn anhand der „abstinence orientation scale“ operationalisiert und überprüft worden (Caplehorn et al., 1996c; Caplehorn et al., 1996b; Caplehorn, 1994; Caplehorn et al., 1993). Diese und andere Skalen sind danach in verschiedenen Untersuchungen der Einstellungen der Behandelnden auch in den USA und in Deutschland

eingesetzt worden (Gerlach & Caplehorn, 1999; Caplehorn et al., 1998; Caplehorn et al., 1997; Kang et al., 1997).

Die Stärke der Abstinenzorientierung der Behandelnden hat einen Einfluss auf den Behandlungserfolg: Patienten von Behandelnden mit starker Abstinenzorientierung verbleiben deutlich weniger lang in der Behandlung, konsumieren während der Behandlung häufiger Heroin und werden nach Behandlungsabbruch schneller rückfällig (Caplehorn et al., 1998; Caplehorn et al., 1996c; Caplehorn, 1994; Caplehorn et al., 1993). Abstinenzorientierung bei den Behandelnden hängt stark mit genereller Missbilligung jeglichen Drogenkonsums zusammen. Behandelnde mit starker Abstinenzorientierung beschreiben die Persönlichkeit ihrer Patienten zudem negativer als weniger abstinenzorientierte Behandelnde. Diese Zusammenhänge sind stärker als der Zusammenhang zwischen Abstinenzorientierung und korrektem Wissen zur Methadonbehandlung (Caplehorn et al., 1996b). In der Untersuchung von Kang et al. (1997) zeigten sich nur 35% der befragten Behandelnden als positiv zur Methadonbehandlung eingestellt. Die anderen 65% waren entweder negativ (25%) oder ambivalent (40%) eingestellt. Ein vergleichbarer Befund hat sich im Rahmen einer Untersuchung der Einstellungen der Behandelnden in Deutschland ergeben (Gerlach & Caplehorn, 1999).

2.1.14 Zusammenfassung und Implikation für die vorliegende Arbeit

Nachfolgend werden Aspekte aufgeführt, die sich aus oben erläuterten Einstellungsstudien aus den USA und Kanada ableiten lassen und die für die Untersuchung der Einstellungen von Methadonpatienten gegenüber Methadon und Methadon-Substitutionsbehandlungen in Zürich relevant sind:

- Die Studien gingen hauptsächlich der Frage nach, welchen Einfluss negative Einstellungen auf die ablehnende Haltung und das Vermeidungsverhalten Heroinabhängiger gegenüber Methadon-Substitutionsbehandlungen an sich haben. Die Einstellungen von Methadonpatienten gegenüber Behandlungsaspekten wie Heroin-Beikonsum, Abstinenzhaltung, Methadondosierung (hohe, tiefe und adäquate Methadondosis), Methadondosis-Abbau usw. wurde nicht untersucht.
- Die Datenerhebung der qualitativen Einstellungsstudien erfolgte grösstenteils mittels strukturierter Feldinterviews und Fokusgruppen. Dabei bleibt unklar, wie die Datenerhebung in den einzelnen Studien genau durchgeführt wurde. Hinzu kommt,

dass Aussagen über die Generalisierbarkeit der Ergebnisse aufgrund der qualitativ-deskriptiven Datenauswertung gar nicht möglich sind. Das sind weitere Gründe, weshalb die vorliegende Untersuchung nur bedingt auf den Ergebnissen dieser Studien aufbauen kann.

- Die quantitativen Studien von Kaymann et al. (2006), Stancliff et al. (2002), Gollnisch et al. (1997) und Joe et al. (1991) basieren auf Einstellungs-Items aus eben diesen qualitativen US-Studien der 70er- und 80er-Jahre (Hunt et al., 1986; Goldsmith et al., 1984; Atlas, 1982; Brown, Jansen & Benn, 1975; Brown, Benn & Jansen, 1975; Brown et al., 1974). Hierbei handelt es sich um Einstellungs-Items, von denen a priori unklar ist, ob sie für die Situation in Zürich relevant sind.
- Kayman et al. (2006), Gollnisch et al. (1997) und Joe et al. (1991) gingen einen Schritt weiter und überprüften mittels Regressionsmodellen (vgl. Bortz, 1999, S. 456ff.) Zusammenhänge zwischen Einstellungen und Verhalten. Dabei kam heraus, dass die Einstellung gegenüber Methadon und Methadon-Substitutionsbehandlungen ein signifikanter Prädiktor für Heroin-Beikonsum und Behandlungsabbruch (Retention) ist.

In der vorliegenden Arbeit werden Zusammenhangs- und nicht Kausalhypothesen überprüft. Dies obwohl Faggiano et al. (2003), Maxwell und Shinderman (2002), Leavitt et al. (2000), Bell et al. (1995), Banys et al. (1994), Caplehorn (1994), Strain et al. (1994), Strain et al. (1993), Sorensen et al. (1992) und Milby (1988) „inadäquate Methadondosierung“ als signifikanten Prädiktor für Heroin-Beikonsum und Behandlungsabbruch identifizierten, so dass es höchst interessant wäre, die kausalen Verhältnisse zwischen Einstellungen gegenüber Methadon/Methadon-Substitutionsbehandlung und Methadondosierung einerseits, Verhaltensaspekten innerhalb der Methadon-Substitutionsbehandlung wie Methadondosis-Abbau, Streben nach möglichst tiefer Methadondosis, Heroin-Beikonsum und Behandlungsabbruch (Retention) andererseits zu überprüfen.

Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit steht also nicht die Frage, inwiefern die Einstellung der Methadonpatienten eine „kausale Relevanz“ (vgl. Grünbaum, 1988, S. 126ff.) für kontraproduktives Verhalten innerhalb von Methadon-Substitutionsbehandlungen hat, wie beispielsweise, dass Methadonpatienten möglichst tiefe Methadondosen anstreben, obwohl dies medizinisch kontraindiziert ist. Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit steht die Erhebung der Einstellungen der Methadonpatienten in Zürich. Dies, weil es in der Schweiz

und auch in Europa insgesamt keine einzige Publikation gibt, die die Einstellungen von Methadonpatienten in irgendeiner Form untersucht hat. Bevor mittels Regressionsmodellen (vgl. Bortz, 1999, S. 456ff.) Kausalzusammenhänge zwischen Einstellungen und Verhalten im Rahmen von Methadon-Substitutionsbehandlungen überprüft werden können, wie dies Kayman et al. (2006), Gollnisch et al. (1997) und Joe et al. (1991) taten, müssen zuerst einmal die Einstellungen der Methadonpatienten erfasst werden. Während es sich beim Einstellungsgegenstand in den USA und Kanada wie oben erwähnt hauptsächlich um Methadon als Substanz, Methadonpatienten und Methadon-Substitutionsbehandlungen an sich handelte (vgl. Fischer et al., 2002; Stanciliff et al., 2002; Koester et al., 1999; Zule & Desmond, 1998; Murphy & Irwin, 1992; Rosenblum et al., 1991; Hunt et al., 1986; Goldsmith et al., 1984), ist zu vermuten, dass es sich beim Einstellungsgegenstand der Methadonpatienten in Zürich vermehrt um Verhaltensaspekte innerhalb von Methadon-Substitutionsbehandlungen wie beispielsweise die Einnahme von angemessen hohen Methadondosen, Methadondosis-Abbau, das Streben nach möglichst tiefen Methadondosen usw. handelt. Dies dürfte in der Schweiz und insbesondere im Kanton Zürich, im Gegensatz zu den USA, nur schon deshalb wahrscheinlicher sein, weil es im Kanton Zürich mindestens seit 1992 genügend Substitutionsbehandlungsplätze für Methadonpatienten gibt, die gewillt sind, sich einer Substitutionsbehandlung zu unterziehen und seit 1994 mehr als jeder zweite problematische Heroinkonsument tatsächlich auch in Substitutionsbehandlung war (Nordt & Stohler, 2006). Nordt und Stohler (2006) haben festgestellt, dass seit Einführung der „Vier-Säulen“-Drogenpolitik in der Schweiz im Jahre 1991 die Inzidenz (vgl. Davison & Neale, 2007) der Heroinabhängigkeit – also die Zahl der Personen, die innerhalb eines Jahres neu Heroin zu konsumieren beginnen – in der Schweiz markant zurückgegangen ist. Es ist naheliegend, dass zwischen diesen beiden Entwicklungen ein kausaler Zusammenhang besteht, der aber durch die Studie von Nordt und Stohler (2006) nicht bewiesen ist. Nordt und Stohler (2006) vermuten, dass der Heroinkonsum abgenommen hat, weil aufgrund der Medizinalisierung der Opiatabhängigkeit der Heroinkonsum seinen Nimbus als Akt des gesellschaftskritischen Widerstands verloren hat. Der Heroinkonsum wird gemäss Nordt und Stohler (2006) in der öffentlichen Wahrnehmung vermehrt mit Krankheit in Verbindung gebracht und nicht mehr als Ausdruck einer nonkonformistischen Lebensweise gesehen, weil Heroin Konsumierende vermehrt ärztlich behandelt werden, und aufgrund der liberalen „Vier-Säulen“-Drogenpolitik nicht in erster Linie Zielscheibe polizeilicher Massnahmen sind.

Für die vorliegende Arbeit stellt sich aufgrund der Überlegungen von Nordt und Stohler (2006) die Frage, welchen Einfluss die Entwicklung der Drogenpolitik in der Schweiz auf die Einstellung der Methadonpatienten hatte, ob es beispielsweise im Gegensatz zu den USA in der Schweiz zu einer Entmystifizierung der Methadon-Substitutionsbehandlung gekommen ist, ob es zu einer Verschiebung des Einstellungsgegenstandes hin zu Einstellungen gegenüber einzelnen Verhaltensaspekten innerhalb von Methadon-Substitutionsbehandlungen kam usw. Letzteres ist deshalb relevant, weil damit in weiterführenden Untersuchungen Kausalhypothesen zwischen entsprechenden Einstellungen von Methadonpatienten und deren Verhalten (z.B. Methadonpatienten, die ständig danach streben, ihre Methadondosis möglichst gering zu halten) innerhalb von Methadon-Substitutionsbehandlungen überprüft werden können. Sollten sich entsprechende Kausalzusammenhänge herauskristallisieren, könnte der Behandlungsprozess von Methadonpatienten aufgrund dieses Wissens erweitert und verbessert werden. Aus Sicht der Autoren ist eine Erweiterung und Verbesserung des Behandlungsprozesses von Methadonpatienten im Rahmen von Methadon-Substitutionsbehandlungen deshalb sehr wichtig, weil die epidemiologische Kennzahl der Prävalenz (vgl. Davison & Neale, 2007) im Gegensatz zur Inzidenz der Heroinabhängigkeit weniger erfreulich ist. Nordt und Stohler (2006) zeigen, basierend auf der Begleitevaluation der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich, dass es bei 66% der Methadonpatienten (=1987), die 1991, 1992 oder 1993 ich

re Methadon-Substitutionsbehandlung verlassen hatten, in den darauf folgenden 10 Jahren zu mindestens einer Wiederaufnahme einer Methadon-Substitutionsbehandlung kam. Lediglich 1% der Methadonpatienten (=16) nahmen erst nach mehr als 10 Jahren wieder eine Methadon-Substitutionsbehandlung auf, während 33% der Methadonpatienten (=1000) nie mehr im kantonalen Methadonregister des Kantons Zürich erschienen. Dies entspricht lediglich einer Behandlungsausstiegsrate (= keine Wiederaufnahme der Methadon-Substitutionsbehandlung innerhalb von 10 Jahren nach Behandlungsausstieg) von 0.04 pro Jahr (Nordt & Stohler, 2006).

2.2 Konzept der Einstellung

In der vorliegenden Arbeit werden also die Einstellungen der Methadonpatienten in Zürich gegenüber Methadon, Methadon-Substitutionsbehandlungen und Verhaltensaspekten innerhalb ihrer Methadon-Substitutionsbehandlung untersucht. Dieses Kapitel soll aus theoretischer Perspektive auf die nachfolgende empirische Auseinandersetzung mit den Einstellungen der befragten Methadonpatienten vorbereiten. Nun ist es so, dass das Konzept der Einstellung intensiv beforscht und viel darüber publiziert wurde. In jedem Lehrbuch der Sozialpsychologie findet sich denn auch ein Kapitel über das Konzept der Einstellung. Leserinnen und Leser, die beabsichtigen, sich vertieft und sehr differenziert mit dem Konzept der Einstellung auseinanderzusetzen, wird empfohlen, die gängigen Lehrbücher der Sozialpsychologie (vgl. Aronson et al., 2004, S. 228ff.; Bierbrauer, 1996, S. 112ff.; Stroebe et al., 1992, S. 144ff. usw.) zu konsultieren.

2.2.1 Definition des Einstellungskonzepts aus sozialpsychologischer Sicht

Sozialpsychologisch wird Einstellung mehrheitlich als eine Bewertung von Menschen, Objekten oder Ideen definiert. Einstellungen basieren auf Bewertungen, da sie aus einer positiven oder negativen Reaktion auf etwas Bestimmtes bestehen (Aronson et al., 2004). Der Mensch ist kein neutraler Beobachter seiner Welt, sondern bewertet unablässig das, was er sieht (Fazio, 2000). Das Konzept der Einstellung ist für das sozialpsychologische Modell der Verhaltensklärung und -vorhersage von grosser Bedeutung, weil Einstellungen als Korrelate oder Prädiktoren des Verhaltens betrachtet bzw. Veränderungen von Einstellungen als wichtiger Ansatzpunkt der Verhaltensmodifikation angesehen werden (Stahlberg & Frey, 1992). Ein zentraler Aspekt der Einstellungsforschung ist denn auch, die Zusammenhänge zwischen Einstellungen und Verhalten zu untersuchen (vgl. Schwarzer, 1996; DeVries et al., 1988; Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975). Gemäss Stahlberg & Frey (1992) können negative Einstellungen (z. B. Vorurteile) gegenüber bestimmten sozialen Gruppen zur aktiven Diskriminierung der Angehörigen dieser Gruppen führen. Hunt et al. (1986) konnten beispielsweise aufzeigen, dass in den USA negative Einstellungen von Heroinabhängigen gegenüber Methadonpatienten zur Diskriminierung von Methadonpatienten sowie zur Verweigerung von Methadon-Substitutionsbehandlungen durch Heroinabhängige führten (Hunt et al., 1986).

Eine der umfassendsten Definitionen des Einstellungskonstruktes formulierten Rosenberg und Hovland (1960, S. 3): Einstellungen sind „predispositions to respond to some class of stimuli with certain classes of response“. Solche Reaktionsklassen wurden als affektiv (positive oder negative Gefühle gegenüber einem Einstellungsobjekt), kognitiv (Meinungen über ein Einstellungsobjekt) und verhaltensmässig (Verhaltensabsichten oder -tendenzen) spezifiziert. Gemäss Stahlberg und Frey (1992) handelt es sich bei diesem so genannten **„Dreikomponentenmodell der Einstellung“** weit eher um ein Strukturmodell der Einstellung als um eine blosse Definition des Einstellungskonstruktes. Bei diesem Einstellungsmodell wird Reaktion und Einstellung nicht gleichgesetzt, sondern die Einstellung als intervenierende Variable bzw. vermittelnde Variable zwischen einem Reiz als messbare unabhängige Variable (z. B. „Methadon“ als Medikament) und der Reaktion als messbare abhängige Variable definiert (Rosenberg & Hovland, 1960). Eine Einstellung wird in diesem Modell als ein hypothetisches Konstrukt verstanden, das zwischen beobachtbaren, vorangehenden Reizen (z. B. Methadon als Substitutionsmittel) und nachfolgendem Verhalten (z. B. Reduktion der Methadondosis) vermittelt (Stahlberg & Frey, 1992). Diese Definition impliziert, dass Einstellungen nicht real existieren, da sie nicht direkt beobachtet werden können, sondern dass es sich um ein Konstrukt handelt, das über Indikatoren erschlossen werden muss (z. B. darüber, was jemand über Methadon sagt oder wie er sich ihm gegenüber verhält).

Im Gegensatz zum Mehrkomponentenmodell der Einstellung wurde von anderen Autoren ein **eindimensionales Einstellungskonzept** vorgeschlagen, das den evaluativen Bestandteil einer Einstellung als ihr zentrales Bestimmungsmerkmal betrachtet: „the term attitude should be used to refer to a general, enduring positive or negative feeling about some person, object, or issue“ (Petty & Cacioppo, 1981, S. 7). Entsprechende Definitionen des Einstellungskonstruktes werden als eindimensional bezeichnet, da hier der Einstellungsbegriff auf nur eine, die affektive Komponente des oben genannten Dreikomponentenmodells, reduziert wird (Stahlberg & Frey, 1992). Vertreter des unidimensionalen Einstellungskonzeptes unterscheiden dieses von den Konstrukten „Meinung“ über ein Einstellungsobjekt einerseits und „Verhaltensabsicht“ andererseits (Fishbein & Ajzen, 1975). Die Konstrukte „Meinung“ und „Verhaltensabsicht“ werden von Stahlberg und Frey (1992, S. 146) wie folgt differenziert:

- Das Konstrukt **„Meinung“ („belief“)** beschreibt, was eine Person über ein Einstellungsobjekt denkt, d. h. welche Informationen und Kenntnisse sie über die

Eigenschaften dieses Objekts besitzt (z. B. ein Methadonpatient ist der Meinung, dass Methadon genauso wie Heroin eine Droge ist, dass man sie allerdings nicht illegal beschaffen muss¹⁰). Einstellungen demgegenüber stehen für die emotionalen oder affektiven Reaktionen gegenüber dem Einstellungsobjekt, das heisst für seine positive oder negative Bewertung (z. B. ein Methadonpatient mag Methadon nicht).

- Das Konstrukt „**Verhaltensabsicht**“ ist als Prädisposition zu bestimmten einstellungsrelevanten Verhaltensweisen zu verstehen, das heisst, sie charakterisiert die Absicht oder Bereitschaft, dieses Verhalten auszuführen oder zu unterlassen (z. B. ein Methadonpatient beabsichtigt, sich auf einer möglichst tiefen Methadondosis substituieren zu lassen¹¹).

Solche Verhaltensabsichten implizieren dabei nicht notwendigerweise, dass das entsprechende Verhalten auch tatsächlich ausgeführt wird. Verhaltensabsichten werden beispielsweise dann nicht in die Tat umgesetzt, wenn sie normativen Vorstellungen einer Person bzw. ihren Erwartungen darüber, was als adäquates und akzeptables Verhalten betrachtet werden kann, widersprechen (Stahlberg & Frey, 1992). Dies könnte ein Grund sein, weshalb sich viele Methadonpatienten im Rahmen ihrer Methadon-Substitutionsbehandlung weigern, entgegen medizinischer Indikation auf eine ihnen angemessen hohe Methadondosis einstellen zu lassen und stattdessen nach einer tieferen Methadondosis streben. Die Frage nach den normativen Vorstellungen und Erwartungen von Methadonpatienten ist Teil der vorliegenden Arbeit.

Die vier unterscheidbaren Konzepte – Einstellungen, Meinungen, Verhaltensabsichten und Verhalten – wurden von Fishbein (1963, 1967) sowie Fishbein und Ajzen (1975) in ihrer Beziehung zueinander in einem allgemeinen Einstellungs-Verhaltens-Modell zusammengefasst. Das **Erwartungs-Wert-Modell** der Einstellung von Fishbein (1963, 1967) beschreibt die Beziehung zwischen Meinungen und Einstellungen wie folgt. Die Einstellung einer Person gegenüber einem bestimmten Objekt (z. B. Methadon) fungiert als Bewertung der Eigenschaften, die diesem Objekt zugeschrieben werden und der Erwartung, das heisst der subjektiv wahrgenommenen Wahrscheinlichkeit, dass das entsprechende Einstellungsobjekt diese Attribute auch tatsächlich besitzt. Beispielsweise wurden dem Methadon Eigenschaften in Form von Nebenwirkungen wie Obstipation, Schwitzen, Muskel- und Knochenbeeinträchtigungen, Sexualstörungen, Gewichtszunahme und -abnahme, psychischer

¹⁰ (vgl. Aussage aus Voruntersuchung)

¹¹ (vgl. Aussage aus Voruntersuchung)

Stress, Nervosität, Müdigkeit, Schlaflosigkeit und Magenbeschwerden zugeschrieben, die sehr negativ bewertet wurden und von deren Ursache (Methadon) die befragten Heroinabhängigen und Methadonpatienten sehr überzeugt waren (Goldsmith et al., 1984; Hunt et al., 1986). Gemäss Fishbein (1963, 1967) kann die Einstellung somit als die Multiplikation der Summe der Erwartungs-(Meinung) und Wertprodukte (Bewertung) aller Eigenschaften vorhergesagt werden:

$$E_o = \sum_{i=1}^n b_i e_i$$

- E_o bezeichnet die **Einstellung** zum Objekt O;
- b(i) ist die **Meinung** (Erwartung) i über das Objekt O (d. h. die subjektiv wahrgenommene Wahrscheinlichkeit, dass das Objekt O die Eigenschaft (i) besitzt);
- e(i) entspricht der **Bewertung** (Wert) des Attributes (i);
- (n) entspricht der Anzahl relevanter Eigenschaften;

Obwohl in der Literatur neben dem Ein- und dem Dreikomponentenmodell noch weitere Einstellungskonzeptionen (vgl. Aronson et al., 2004) vertreten werden, handelt es sich bei diesen beiden Modellen um die wichtigsten (Stahlberg & Frey, 1992).

2.2.2 Dimensionalität einer Einstellung

Das Dreikomponentenmodell von Rosenberg und Hovland (1960) unterscheidet wie oben angedeutet drei Reaktionsklassen im Sinne von messbaren abhängigen Variablen:

- Die **affektive Komponente** umfasst Reaktionen des sympathischen Nervensystems sowie verbale Gefühlsäusserungen. Sie bezieht sich auf die emotionale Einstellung gegenüber dem Einstellungsobjekt bzw. die gefühlsmäßige Bewertung dessen.
- Die **kognitive Komponente** umfasst Wahrnehmungsreaktionen, d.h. verbale Meinungsäusserungen, Informationen, Argumente usw. über ein Einstellungsobjekt. Dabei handelt es sich um bewusste, im Gedächtnis gespeicherte Inhalte.
- Die **Verhaltenskomponente** umfasst beobachtbare Handlungen und verbale Äusserungen bezüglich des Verhaltens. Sie bezieht sich auf Verhaltensabsichten oder Verhaltenstendenzen gegenüber einem Einstellungsobjekt.

Dieses **dreidimensionale** Einstellungskonstrukt geht davon aus, dass die Komponenten (Dimensionen) einen moderaten Zusammenhang aufweisen sollten, das heisst, sie sollten eindeutig voneinander unterscheidbar, aber dabei nicht vollständig voneinander unabhängig

sein (Stahlberg & Frey, 1992). Demgegenüber wird der Einstellungsbegriff beim **eindimensionalen** Einstellungskonstrukt, wie bereits erwähnt, auf nur eine, die affektive Komponente des Dreikomponentenmodells, reduziert. Der Einstellungsbegriff wird zudem von den Konstrukten „Meinung“ (Äquivalent zur kognitiven Komponente) einerseits und „Verhaltensabsicht“ (Äquivalent zur Verhaltenskomponente) andererseits unterschieden (Fishbein & Ajzen, 1975). Gemäss Rosenberg (1968) weisen affektiv-kognitiv inkonsistente Einstellungen eine geringe zeitliche Stabilität auf. Denn wenn sich Personen der Inkonsistenz ihrer Einstellungskomponenten bewusst werden, verändern sie eine oder beide Komponenten so, dass wieder affektiv-kognitive Konsistenz besteht. Schlegel und DiTecco (1982) gehen davon aus, dass die Dimensionalität einer Einstellung in Abhängigkeit von der Art des untersuchten Einstellungsobjektes variiert. Ihre Befunde sind für die vorliegende Arbeit von Bedeutung. Sie fanden nämlich heraus, dass sich Einstellungsstrukturen ausschliesslich durch ihre affektive Komponente dann adäquat darstellen lassen, wenn die Meinungen über das Einstellungsobjekt einfach sind, wenn ihre Anzahl gering ist und wenn sie sich gegenseitig nicht widersprechen. Sind dagegen Meinungen über ein Einstellungsobjekt zahlreich, kompliziert und inkonsistent – zum Beispiel wenn eine Person intensive persönliche Erfahrungen mit einem Einstellungsobjekt (in der vorliegenden Arbeit mit Methadon-Substitutionsbehandlungen) sammeln konnte –, wird die Erfassung der einfachen affektiven Reaktion nicht ausreichen, um die gesamte Einstellungsstruktur abzubilden. Dieser Befund ist für die vorliegende Arbeit insofern von Bedeutung, weil davon ausgegangen werden kann, dass Heroinabhängige bzw. Methadonpatienten in der Schweiz und insbesondere in Zürich aufgrund der in Kap. 2.1.14 genannten Gründe mehr Erfahrung mit Methadon-Substitutionsbehandlungen haben als in den USA (vgl. Fischer et al., 2002; Stancliff et al., 2002; Koester et al., 1999; Zule & Desmond, 1998; Murphy & Irwin, 1992; Rosenblum et al., 1991; Hunt et al., 1986; Goldsmith et al., 1984). Dies lässt vermuten, dass die Meinungen bzw. die kognitive Dimension der Einstellungsstruktur von Heroinabhängigen und Methadonpatienten in der Schweiz über Methadon und Methadon-Substitutionsbehandlungen zahlreicher, komplizierter und inkonsistenter ist als in den USA.

Im Gegensatz zu den oben erläuterten Einstellungskonstrukten, bei denen Gedanken, Gefühle oder Verhaltensweisen als Reaktion auf einen Reiz lediglich Hinweise auf eine bestimmte Einstellung sind, gibt es auch eine Definition, die auf einem behavioristischen Einstellungskonstrukt basiert. Im Sinne dieses Einstellungskonstrukts werden Einstellungen als eine Reaktion auf einen bestimmten Stimulus verstanden. Somit besteht die affektive

Komponente aus emotionalen Reaktionen auf das die Einstellung betreffende Objekt (z.B. eine andere Person oder eine soziale Angelegenheit), die kognitive Komponente besteht aus den Gedanken und Überzeugungen bezüglich des betreffenden Objektes und die Verhaltenskomponente aus den Handlungen oder dem beobachtbaren Verhalten in Zusammenhang mit dem Einstellungsobjekt (vgl. Aronson et al., 2004, S. 231).

Einstellungen werden oft von einer der drei Reaktions-Komponenten bestimmt und dementsprechend auch kognitiv, affektiv oder verhaltensbasierte Einstellungen genannt (Aronson et al., 2004). So wird die Einstellung zu einem Staubsauger hauptsächlich von kognitiven Reaktionen bestimmt sein, d. h. die Bewertung des Staubsaugers hängt nicht so sehr von seinem Design ab, sondern von technischen Eigenschaften wie beispielsweise seiner Saugkraft. Hingegen wird die Einstellung gegenüber einem Parfüm eher von gefühlsmässigen Reaktionen, die sein Duft in uns erzeugt, bestimmt sein. Oder der Autoliebhaber ist einfach von einer bestimmten Automarke begeistert, egal wie hoch der Benzinverbrauch sein mag oder ob es nun einen Airbag hat oder nicht. Es ist auch möglich, dass die Einstellung zu einem Objekt davon bestimmt wird, wie Personen darauf verhaltensmässig reagieren. Angenommen, ein Methadonpatient wird gefragt, ob er eher eine tiefe Methadondosis bevorzugt. Wenn seine Antwort „mhm, ich strebe ständig danach, die Methadondosis abzubauen bzw. diese möglichst tief zu halten“ sein sollte, würde sich daraus ergeben, dass seine Einstellung auf seinem Verhalten basiert.

Als **kognitiv basierte Einstellung** wird eine Einstellung bezeichnet, die primär auf einer Überprüfung der relevanten Fakten basiert und bei der die Bewertung hauptsächlich auf Überzeugungen bezüglich der Eigenschaften des Einstellungsobjektes gründet. Eine Einstellung, die eher Gefühle und Werte zur Basis hat als eine objektive Bewertung der Vor- und Nachteile bzw. mehr auf Gefühlen und Werten gründet als auf Überzeugungen bezüglich des Wesens des Einstellungsobjekts, wird als **affektiv basierte Einstellung** bezeichnet. Eine **verhaltensbasierte Einstellung** versteht sich als eine Einstellung, die auf Beobachtungen des eigenen Verhaltens gegenüber einem Einstellungsobjekt basiert (Aronson et al., 2004). Befunde von Schlegel und DiTecco (1982), wonach eine Einstellungsstruktur um so komplexer und hierarchischer organisiert und folglich um so weniger leicht durch eine einfache affektive Reaktion abbildbar ist, je mehr persönliche Erfahrungen eine Person mit dem Einstellungsobjekt hat, legt die Annahme nahe, dass die Methadonpatienten in Zürich aufgrund ihrer Behandlungserfahrung sowohl affektiv als auch kognitiv basierte Einstellungen

haben. Einem kognitiven Anteil, also der Überprüfung relevanter Fakten, widersprechen allerdings Einstellungen bezüglich verschiedener Verhaltensaspekte innerhalb von Methadon-Substitutionsbehandlungen wie Methadondosis-Abbau, Streben nach tiefer Methadondosis usw. Dies wird mitunter dadurch belegt, dass in der Schweiz bei rund der Hälfte der Patienten das Methadon, gemessen an internationalen Standards, zu tief dosiert ist (Rehm & Uchtenhagen, 2001), obwohl Behandlungen mit zu tiefen Methadondosierungen schlechter verlaufen als Behandlungen mit genügend hohen Dosierungen (vgl. z.B. Strain et al., 1999; Marsch, 1998; Ball & Ross, 1991).

2.2.3 Funktionen von Einstellungen

Warum haben Personen Einstellungen? Welche Funktionen haben Einstellungen? Was sind Funktionen des Ausdrucks von Einstellungen? Stahlberg und Frey (1992, S. 155ff.) haben vier Funktionen zusammengetragen, die in diesem Kapitel wiedergegeben werden:

Ich-Verteidigungsfunktion: Katz (1967; zit. nach Stahlberg & Frey, 1992) geht von psychoanalytischen Überlegungen aus und greift auf Abwehrmechanismen wie Rationalisierung (vgl. Müller-Pozzi, 2002) und Projektion (vgl. Laplanche & Pontalis, 2002) zurück, um diese Einstellungsfunktion zu charakterisieren. Einstellungen in dieser Funktion können eine Person mitunter bezüglich negativer Gefühle gegenüber sich selbst oder der eigenen Gruppe entlasten, indem diese negativen Einstellungen auf andere Personen oder Gruppen projiziert werden (z. B. „Nicht wir Methadonpatienten mit tiefer Methadondosis, sondern diejenigen mit hoher Methadondosis sind die stark Heroinabhängigen“). Die Dynamik dieser Einstellungsfunktion lässt sich treffend mit dem aus der psychoanalytischen Theorie stammenden Konzept der Projektion fassen, wonach eine Person Qualitäten, Gefühle und Wünsche, die sie verkennt oder in sich ablehnt, aus sich ausschliesst und im Gegenüber, einer Person oder einer Sache lokalisiert (vgl. Laplanche & Pontalis, 2002).

Funktion i. S. des Ausdrucks eigener Werte und Selbstverwirklichung: Personen besitzen das Bedürfnis, Einstellungen zum Ausdruck zu bringen, die eigene zentrale Wertvorstellungen oder wichtige Komponenten des Selbstkonzeptes vermitteln (Katz, 1967; zit. nach Stahlberg & Frey, 1992). Die Funktion dieser Art von Einstellung ist nicht so sehr, ein akkurates Bild der Umwelt wiederzugeben, als vielmehr das eigene grundlegende innere Wertesystem auszudrücken und zu validieren (Katz, 1967; zit. nach Aronson et al., 2004). Indem beispielsweise ein Methadonpatient gegenüber seinen Mitpatienten und gegenüber den

Behandelnden eine positive Einstellung gegenüber tiefer Methadondosis äussert, bringt er Aspekte seines Selbstkonzeptes zum Ausdruck und validiert Anteile seiner Identität. Ein solcher Ausdruck von Einstellungen zielt dabei primär auf die Bestätigung des eigenen Selbstkonzeptes und ist weniger darauf gerichtet, anderen gegenüber einen möglichst günstigen Eindruck zu machen (Stahlberg & Frey, 1992).

Instrumentelle, utilitaristische oder Anpassungsfunktion: Der Ausdruck von Einstellungen kann Personen dazu dienen, wünschenswerte Ziele, wie Belohnungen, zu erreichen oder unangenehme Ereignisse, wie Bestrafung, zu vermeiden (Stahlberg & Frey, 1992). So kann ein Patient positive Einstellungen gegenüber Methadon-Substitutionsbehandlungen haben, weil sich seine Partnerin einer solchen Behandlung unterzieht und damit zufrieden ist, und weil der Patient für diese Einstellung von ihr mit Zuneigung belohnt wird. In diesem Sinne lässt sich auch von einer Anpassungsfunktion sprechen, da die Einstellung der Situation so angepasst wird, dass eine maximale Belohnung erfolgt. Nicht die Einstellung an sich steht hier im Vordergrund, sondern die Wirkung, die eine Einstellung auf das eigene Wohlbefinden sowie für die Zielerreichung hat (Stahlberg & Frey, 1992).

Wissens- oder Ökonomiefunktion: Einstellungen ermöglichen es, neue Informationen und Erfahrungen anhand bereits bestehender evaluativer Dimensionen zu klassifizieren, zu organisieren und zu strukturieren. Sie helfen auf diese Weise, die Komplexität des täglichen Lebens zu vereinfachen und besser verständlich zu machen (Stahlberg & Frey, 1992). Handelt es sich allerdings bei der Einstellung um ein Fehlurteil, kann gerade die ökonomische Funktion der Einstellung problematisch werden. Denn wenn beispielsweise ein Methadonpatient negative Einstellungen gegenüber hoher Methadondosierung hat, mitunter auch aufgrund vergangener Erfahrungen, folgt er (auch auf Evidenz basierenden) Argumenten zugunsten einer hohen Methadondosierung nicht mehr im Detail, sondern bleibt nur schon aus ökonomischen Gründen seiner Einstellung treu.

Obige Funktionen sind gemäss Stahlberg und Frey (1992) sehr bedeutsam, denn sie evozieren die Frage, ob Einstellungen die Verarbeitung einstellungsrelevanter Informationen bzw. die menschliche Informationsverarbeitung steuern. Um diese Frage zu beantworten, unterteilen Stahlberg und Frey (1992, S. 157) die Informationsverarbeitung in drei unterschiedliche Komponenten: 1. Die aktive Suche nach einstellungsrelevanten Informationen, 2. die

Entschlüsselung einstellungsrelevanter Informationen wie beispielsweise Wahrnehmungs- und Urteilsprozesse und 3. die Abrufbarkeit solcher Informationen bzw. ihre Abrufbarkeit aus dem Gedächtnis. Nachfolgend wird auf die erste Komponente, die aktive Suche nach einstellungsrelevanten Informationen und damit auf die Dissonanztheorie von Festinger (1957) eingegangen.

2.2.4 Einstellung und Informationsverarbeitung

Um die Beziehung zwischen Einstellung und Informationsverarbeitung zu verstehen, bietet sich die Dissonanztheorie von Festinger (1957) an. Hierbei handelt es sich um eine der bedeutendsten Theorien, aus denen sich explizite Vorhersagen hinsichtlich der selektiven Auswahl einstellungsrelevanter Informationen ableiten lassen (Stahlberg & Frey, 1992). Einstellungskomponenten in Festingers Begrifflichkeit können konsonant, dissonant oder irrelevant sein. Die Dissonanztheorie sagt vorher, dass Personen dazu neigen, (einstellungs-) kongruente oder konsonante Informationen aktiv aufzusuchen und (einstellungs-)konträre oder dissonante Informationen aktiv zu vermeiden, um eine getroffene Entscheidung (oder eine bestehende Einstellung) zu stabilisieren und auf diese Weise kognitive Konsonanz zu bewahren bzw. kognitive Dissonanz (aversives Gefühl kognitiver Spannung) zu vermeiden (Festinger, 1957; zit. nach Stahlberg & Frey, 1992). Von einem Methadonpatienten zum Beispiel, der nach einer möglichst tiefen Methadondosis strebt bzw. danach strebt, die Methadondosis bis zur Nulldosis zu reduzieren, kann erwartet werden, dass er Informationen über mögliche negative Folgeerscheinungen dieses Verhaltens (z. B. erhöhter Heroin-Beikonsum, Destabilisierung der Methadon-Substitutionsbehandlung) eher vermeidet. Stattdessen wird sich derselbe Methadonpatient der Information, wonach die Gesellschaft, das soziale Umfeld und Teile der Behandelnden den Methadonabbau befürworten oder der Information, wonach tiefe Methadondosen die Gesundheit weniger belasten, sehr bereitwillig aussetzen. Die Selbstwahrnehmung, eine zu tiefe Methadondosis anzustreben bzw. auf einer solchen bereits eingestellt zu sein, und das Wissen darum, dass eine zu tiefe Methadondosis zu Komplikationen in der Methadonsubstitutionsbehandlung und in der Folge zu zusätzlichen gesundheitlichen Problemen führen kann, sind im Sinne der Theorie Festingers dissonante Einstellungskomponenten. Dies, weil aus der Erkenntnis der gesundheitlichen Risiken durch zu tiefe Methadondosen folgen sollte, dass Methadonpatienten inadäquaten Methadonabbau unterlassen sollten. Um kognitive Dissonanz zu vermeiden, streben Personen in der Regel danach, dissonante Informationen zu vermeiden, konsonante Informationen jedoch aktiv aufzusuchen (Bierbrauer, 1996).

Die Motivation, Konsonanz herzustellen, hängt mitunter von der Dissonanzstärke ab. Diese wiederum hängt gemäss Festinger (1957) vom Anteil und der relativen Wichtigkeit der dissonanten Kognitionen an der Gesamtheit der Kognitionen ab. Wenn sich ein Methadonpatient trotz nachteiliger Informationen bezüglich des Methadondosis-Abbaus für einen Patienten hält, der mit dem Methadondosis-Abbau an sich gut umgehen kann, Methadon nicht zu schnell abbaut, Entzugssymptome beachtet und insgesamt kein schlechtes Gefühl beim Abbauen des Methadons hat, ist die Dissonanz möglicherweise gering. Ebenso kann die Dissonanz gering sein, wenn einem Methadonpatienten die möglichen Konsequenzen des Methadondosis-Abbaus nicht wichtig sind, also daraus resultierende gesundheitliche und sonstige Komplikationen auf der Prioritätenliste dieses Methadonpatienten nicht besonders weit oben stehen. Dabei gibt es verschiedene Möglichkeiten, kognitive Dissonanz abzubauen – entweder den Anteil oder die Wichtigkeit konsonanter Kognitionen zu erhöhen oder den Anteil oder die Wichtigkeit dissonanter Kognitionen zu verringern (Festinger, 1957). Ein Methadonpatient könnte sich beispielsweise von seinen Mitpatienten bestätigen lassen, dass bei höheren Methadondosen die Gefahr einer Überdosierung besteht, weil die Opiatrezeptoren schon bei tieferen Methadondosen genügend besetzt sind.

Frey (1986) konnte aufzeigen, unter welchen Bedingungen Personen nicht konsonante Informationen selektiv bevorzugen, sondern sogar im Gegenteil dissonante Informationen bevorzugen. Gemäss Frey (1986) neigen Personen dazu, sich (auch) dissonanten Informationen auszusetzen, wenn erstens ihre Einstellung in sich konsistent und stabil ist, so dass sie mit relativer Leichtigkeit diese Informationen widerlegen oder integrieren können, oder wenn zweitens das kognitive System (die Einstellung) ohnehin so geschwächt ist, dass es langfristig ökonomischer ist, es zu verändern, und es damit in Übereinstimmung mit bestehenden vielleicht überwältigenden dissonanten Informationen zu bringen (d. h. eine neue Art der Konsonanz herzustellen). Im Zusammenhang mit Methadonpatienten, die beispielsweise gegenüber tiefer Methadondosis und einem Methadondosis-Abbau positiv eingestellt sind, stellt sich im Rahmen der vorliegenden Arbeit einerseits die Frage, weshalb ihre Einstellungen in sich so konsistent und stabil sind, dass es ihnen gelingt, Informationen über negative Folgen durch inadäquat tiefe Methadondosen zu widerlegen bzw. zu integrieren. Andererseits stellt sich die Frage, unter welchen Umständen ihr kognitives System so geschwächt ist, dass es langfristig besser ist, es zu verändern und in

Übereinstimmung mit dissonanten Informationen über negative Folgen von zu tiefen Methadondosen zu bringen.

2.2.5 Einstellungserwerb und Einstellungsänderung

Die **direkte Erfahrung** mit dem Einstellungsobjekt als Quelle des Einstellungserwerbs und Einstellungswandels liefert Informationen über die Eigenschaften eines bestimmten Einstellungsobjekts. Beispielsweise gründen die Einstellungen zu den Speisen, die Menschen zu sich nehmen, zu den Autos, die sie fahren sowie zu den vielen anderen materiellen Dingen in ihrer Umgebung im wesentlichen auf direkter Erfahrung (Stroebe & Jonas, 1992).

Affektiv basierte Einstellungen können von den Werten eines Menschen kommen, wie zum Beispiel von ihren religiösen und moralischen Überzeugungen. Ansichten, die der Mensch zu Themen wie Abtreibung, Todesstrafe oder vorehelichem Geschlechtsverkehr hat, basieren oft mehr auf **inneren Werten** als auf einem systematischen Abwägen der Fakten, wie dies bei kognitiv basierten Einstellungen der Fall ist (Aronson et al., 2004). Andere affektiv basierte Einstellungen können ein Ergebnis einer **sensorischen Reaktion** sein (Aronson et al., 2004), wie das Erfolgsgefühl, das bei einem Methadonpatienten durch den Abbau seiner Methadondosis evoziert wird (egal, welche Behandlungskonsequenzen dieses Abbauverhalten auch haben mag!). Der Einstellungserwerb kann auch ein Ergebnis von Konditionierungsprozessen sein (Aronson et al., 2004). Bei der **klassischen Konditionierung** wird ein Reiz, der eine emotionale Reaktion hervorruft, von einem neutralen Reiz begleitet, der keine emotionale Reaktion hervorruft, bis der neutrale Reiz die emotionalen Eigenschaften des ersten Reizes annimmt (vgl. Reinecker, 1994). Bei der **operanten Konditionierung** nimmt Verhalten, über das der Mensch selbst entscheidet, in seiner Häufigkeit ab oder zu, je nachdem, ob dieses Verhalten positive Verstärkung nach sich zieht oder Bestrafung. Sowohl durch klassische als auch operante Konditionierungsprozesse können Einstellungen einen positiven oder negativen Affekt annehmen (Aronson et al., 2004). So kann die Anerkennung für Methadonabbauverhalten – z. B. durch das soziale Umfeld, durch Behandelnde, durch Mitpatienten usw. – dazu führen, dass ein Methadonpatient dies wiederholt und dadurch eine positive Einstellung gegenüber dem Abbauverhalten entwickelt bzw. eine bereits vorhandene positive Einstellung verstärkt und verdichtet wird.

Forschungsbefunde zur Konditionierung legen die Unterscheidung zwischen direkter und sozial vermittelter Erfahrung als Quelle des Einstellungserwerbs und Einstellungswandels nahe, weil Einstellungen ohne das Wissen durch den Kontext beeinflusst sein können, in dem

Erfahrungen mit einem Objekt gewonnen werden (Stroebe & Jonas, 1992). Alles, was sozial vermittelt, durch direkte Erfahrung gelernt wird, kann auch stellvertretend gelernt werden. Dies kann entweder durch **Modellernen** (vgl. Bandura, 1976) geschehen, das heisst durch Beobachtung des Verhaltens anderer Menschen sowie der Konsequenzen, die das Verhalten für sie hat, oder dadurch, dass die Konsequenzen möglicher Handlungsalternativen in **persuasiven Kommunikationen** (vgl. u.a. Petty & Cacioppo, 1986a, 1986b) beschrieben werden (Stroebe & Jonas, 1992). Da soziale Lerntheoretiker wie Bandura an Einstellungen nur als motivationalen Bedingungen von Verhalten interessiert sind, tragen ihre Studien gemäss Stroebe und Jonas (1992) nicht sehr viel zum Verständnis der kognitiven Prozesse bei, die für den Erwerb und die Änderung von Einstellungen verantwortlich sind. Die Erklärung für die Wirkung des Modellerns lässt sich aber mit Hilfe zusätzlicher Theorien wie beispielsweise den Erwartungs-Wert-Theorien (vgl. Fishbein & Ajzen, 1975) trotzdem in einstellungstheoretischen Begriffen formulieren (Beispiele diesbezüglich finden sich in Stroebe und Jonas (1992, S. 179)). Bei persuasiven Appellen handelt es sich um direktere Strategien der sozialen Beeinflussung als beim Modellernen. Anstatt es dem Individuum zu überlassen, aus der Beobachtung des Modells sowie der aus dessen Verhalten resultierenden Konsequenzen seine eigenen Schlüsse zu ziehen, vertreten persuasive Kommunikationen eine bestimmte Ansicht und enthalten meistens einige Argumente, die diese Ansicht stützen sollen (Stroebe & Jonas, 1992). Persuasionstheorien erklären Einstellungswandel durch Annahmen über die zwischen den Kommunikationen und Einstellungen (bzw. Meinungen) vermittelnden Prozesse (Eagly & Chaiken, 1984).

Das **Prozessmodell der Überredung** von McGuire (1985; zit. nach Stroebe & Jonas, 1992, vgl. S. 180) liefert einen nützlichen Rahmen für Theorien über die beim Einstellungswandel beteiligten kognitiven Prozesse. Dieses Modell geht in Bezug auf die Überredungswirkung einer Botschaft von fünf Schritten aus: 1. Aufmerksamkeit, 2. Verstehen des Inhalts der Botschaft, 3. Akzeptanz der Argumente und Ändern der Einstellung, 4. Beibehalten der geänderten Einstellung und 5. Verhalten entsprechend der geänderten Einstellung. Nachfolgend soll der dritte Punkt des Prozessmodells der Überredung näher beleuchtet werden. Sind beispielsweise Methadonpatienten einer Kommunikation von Seiten der behandelnden Personen ausgesetzt und müssen sie sich entscheiden, ob sie die darin vertretene Ansicht (zum Beispiel, sich auf eine adäquate Methadondosis einstellen zu lassen) akzeptieren oder ablehnen, dann werden sie versuchen, sich ein Urteil über die Validität der Argumente der Botschaft zu bilden. Gemäss Petty und Cacioppo (1986a, 1986b) gelangt man

auf zwei verschiedenen Routen der Informationsverarbeitung zu einem solchen Urteil – entweder auf der **zentralen** oder **peripheren Route der Überredung**. Auf dem zentralen Weg kommt es zu einer kritischen Analyse des Botschaftsinhalts. Die Methadonpatienten prüfen die Botschaft sorgfältig, versuchen sich an das zu erinnern, was sie bereits über das Thema wissen und bringen dann dieses Wissen in Bezug zu den in der Botschaft enthaltenen Argumenten. Auf dem peripheren Weg kommt es zur **heuristischen Informationsverarbeitung** (vgl. Eagly & Chaiken, 1984) bzw. es handelt sich bei der heuristischen Art und Weise der Informationsverarbeitung (so auch bei klassischer Konditionierung) um eine der Strategien, die die periphere Route der Überredung ausmachen. Dazu kann es kommen, wenn Rezipienten nicht willens oder nicht fähig sind, inhaltsbezogen über eine Botschaft nachzudenken, da dies zuviel Zeit und Anstrengung erfordert. Nach dem heuristischen Modell gewichten Rezipienten periphere Aspekte wie beispielsweise die Glaubwürdigkeit des Kommunikators oder andere nicht mit dem Botschaftsinhalt zusammenhängende Hinweise. Sie verwenden häufig einfache Schemata oder Entscheidungsregeln (sog. kognitive Heuristiken) zur Einschätzung der Validität einer Argumentation, bevor sie sie akzeptieren (Eagly & Chaiken, 1984).

Gemäss Petty und Cacioppo (1986a, 1986b) ist bei einem Einstellungswandel, der über die periphere Route entsteht, mit einer weniger lang anhaltenden Wirkung zu rechnen, und darauf bezogenes Verhalten lässt sich damit weniger genau vorhersagen als im Fall einer Einstellungsänderung, die durch die zentrale Route zustande kommt. Dies ist für die vorliegende Arbeit von grossem Interesse. Erfahrungsgemäss streben viele Methadonpatienten entgegen einer breit abgestützten empirischen Evidenz, wonach „inadäquate Methadondosierung“ als signifikanter Prädiktor für Heroin-Beikonsum und Behandlungsabbruch gilt, nach einer inadäquat-tiefen Methadondosis (Faggiano et al., 2003; Maxwell & Shinderman, 2002; Leavitt et al., 2000; Bell et al., 1995; Banys et al., 1994; Caplehorn, 1994; Strain et al., 1994; Strain et al., 1993; Sorensen et al., 1992; Milby, 1988). Dies verdeutlicht, wie wichtig es ist, die Einstellungen der Methadonpatienten zum Thema Methadon und zur Methadon-Substitutionsbehandlung zu erfassen. Denn es stellt sich die Frage, ob es sich bei der bejahenden Einstellung dieser Methadonpatienten gegenüber tiefer Methadondosis um eine heuristische Informationsverarbeitung handelt oder ob diese Einstellungen in Interaktion mit Einstellungen stehen, die durch den Modus der zentralen Route zustande gekommen sind und dadurch stabiler sind bzw. zu stabilerem Verhalten führen.

2.2.6 Einstellung und Verhalten

Wie in Kap. 2.1.14 erläutert wurde, wird der Zusammenhang zwischen Einstellung und Verhalten in der vorliegenden Arbeit nicht kausal, sondern korrelativ überprüft. Mitunter wird der Zusammenhang zwischen Einstellung einerseits und Behandlungsziel, Methadondosis, Methadondosis-Verlauf, Heroinverlangen, Heroinkonsum und Dauer der Methadon-Substitutionsbehandlung andererseits, untersucht. Nachfolgend wird theoretisch auf den Zusammenhang zwischen Einstellung und Verhalten eingegangen.

2.2.6.1 Spezielle Eigenschaften einer Einstellung

Einstellungen werden wie oben erläutert von einigen Autoren (zum Beispiel Rosenberg & Hovland, 1960) als ein Konstrukt konzeptualisiert, das sich aus kognitiven, affektiven und Verhaltenskomponenten zusammensetzt. In der Forschung zum Zusammenhang zwischen Einstellungen und Verhalten wurden Einstellungen dagegen meist auf ihre affektive oder kognitive Komponente reduziert. In Fällen, in denen die affektive Komponente einer Einstellung die gesamte Einstellungsstruktur zufrieden stellend widerspiegelt (in den Fällen, in denen affektive und kognitive Komponenten miteinander konsistent sind), können eindimensionale Einstellungsmaße Verhalten durchaus angemessen vorhersagen (Stroebe & Jonas, 1992). Was aber geschieht, wenn eine solche Konsistenz zwischen affektiven und kognitiven Einstellungskomponenten nicht vorliegt? Nach Ansicht von Rosenberg (1968) weisen solche affektiv-kognitiv inkonsistenten Einstellungen eine geringe zeitliche Stabilität auf. Denn wenn sich Personen der Inkonsistenz ihrer Einstellungskomponenten bewusst werden, verändern sie eine oder beide Komponenten so, dass wieder affektiv-kognitive Konsistenz besteht. Rosenberg (1968) geht von der Annahme aus, dass Einstellungen, die sich durch kognitiv-affektive Konsistenz auszeichnen, hohe zeitliche Stabilität und starken Widerstand gegen Beeinflussungsversuche aufweisen und sich dadurch als bessere Verhaltensprädiktoren erweisen. Schlegel und DiTecco (1982) zeigen, dass die direkten Erfahrungen mit dem Einstellungsobjekt zu vielschichtigerem Wissen und komplexeren Einstellungsstrukturen führen, die sich nicht in einer einzigen affektiven Reaktion zusammenfassen lassen, so dass letztere nur eine mässig gute Verhaltensvorhersage erlauben. Anders formuliert, wiesen Schlegel und DiTecco (1982) nach, dass affektive Einstellungsmaße dann eine zufrieden stellende Verhaltensvorhersage erlauben, wenn diese auf Einstellungen basieren, die nicht auf direkten Erfahrungen beruhen. Fazio et al. (1982)

hingegen konnten belegen, dass Einstellungen, die auf direkten Erfahrungen mit dem Einstellungsobjekt basieren, sich als bessere Verhaltensprädiktoren erweisen, weil sie leichter verfügbar (abrufbar) sind und sich durch grössere Klarheit (bessere Unterscheidbarkeit von anderen möglichen Einstellungspositionen) und eine grössere zeitliche Stabilität auszeichnen. Stahlberg und Frey (1992) lösen den Widerspruch zwischen den Forschungsbefunden von Schlegel und DiTecco (1982) einerseits und Fazio et al. (1982) andererseits auf, indem sie eine kurvilineare Beziehung zwischen dem Ausmass direkter Erfahrungen und der Stärke des Zusammenhangs zwischen Einstellungen und Verhalten annehmen. Nimmt nämlich das Ausmass persönlicher Erfahrung zu, wird die Einstellungsstruktur zunehmend komplexer und kann schliesslich nicht mehr durch eine einzige affektive Reaktion abgebildet werden. Von diesem Punkt an wird daher ein weiterer Zuwachs an Erfahrungen zu einem Absinken der Vorhersagekraft der affektiven Einstellungskomponente in Bezug auf korrespondierendes Verhalten führen. Dieser Rückgang an Vorhersagepotenzial kann gemäss Stahlberg und Frey (1992) vollständig kompensiert werden, wenn Masse der kognitiven Einstellungsstruktur in die Verhaltensprädiktion einbezogen werden. Geschieht dies, bleiben gemäss Stahlberg und Frey Einstellungen, die auf direkten Erfahrungen basieren, in jedem Falle bessere Verhaltensprädiktoren als andere Einstellungen.

Für die vorliegende Arbeit ist dies deshalb von Bedeutung, weil trotz grosser persönlicher Erfahrung mit dem Einstellungsobjekt (zum Beispiel mit dem Methadondosis-Abbau) und psychoedukativer Interventionen von Seiten der Behandelnden (zum Beispiel in Bezug auf adäquate Methadondosierung), Methadonpatienten Mühe haben, darüber inhaltsorientiert nachzudenken bzw. Tendenzen heuristischer Informationsverarbeitung zu überwinden. Gerade bei Methadonpatienten könnte dies allerdings auch neurokognitive Gründe haben. Es gibt nämlich genügend empirische Evidenz, wonach Methadonpatienten aufgrund neurokognitiver Beeinträchtigung, verursacht durch langjährigen Heroinkonsum, nicht mehr fähig sind, über Argumente von Seiten der Behandelnden (z. B. gegen inadäquat-tiefe Methadondosen) inhaltsbezogen nachzudenken (Dürsteler-MacFarland et al., 2005; Mintzer & Stitzer, 2002; Grant et al., 2000; Petry et al., 1998; Madden et al., 1997 u. a.).

2.2.6.2 Situationale Einflussfaktoren

Fishbein und Ajzen (1975) schlugen ein Modell des Zusammenhangs zwischen Einstellung und Verhalten vor, das die Komponente der sozialen Norm als einen zentralen Faktor enthält. Dies, weil Einstellungen v.a. dann sehr unbefriedigende Verhaltensprädiktoren sind, wenn

starke situationale Zwänge, wie beispielsweise die in einer spezifischen Situation dominanten sozialen Normen, individuelles Verhalten nahezu unmöglich machen. Dieses Modell, die Theorie des überlegten Handelns (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975) geht davon aus, dass die unmittelbare Determinante des Verhaltens die **Verhaltensabsicht** einer Person ist, dieses Verhalten auszuführen (oder nicht auszuführen). Verhaltensabsichten werden wiederum massgeblich durch die positive oder negative Bewertung dieses Verhaltens, die **Einstellung** gegenüber diesem Verhalten einerseits, durch die Komponente der sogenannten **subjektiven Norm** (der durch die handelnde Person wahrgenommene soziale Druck, das in Frage stehende Verhalten auszuführen oder zu unterlassen) andererseits modifiziert. Die Einstellung wird in diesem Modell als eine eher diffuse affektiv-evaluative Modellkomponente aufgefasst, die weder über explizite Prozesse der Informationsverarbeitung noch über Handlungstendenzen verfügt (Ajzen & Fishbein, 1980). Gemäss Schwarzer (2004) handelt es sich bei der Komponente der Einstellung um eine gefühlsmässige Einschätzung, die streng zu trennen ist von Überzeugungen, Intentionen und Handlungen. Dies sei ein wichtiger Unterschied gegenüber Auffassungen anderer Autoren, wonach Kognitionen, Emotionen und Handlungstendenzen gemeinsam eine Einstellung etablieren. Im Rahmen der Theorie des überlegten Handelns gelten die Kognitionen vielmehr als Vorläufer von Einstellungen, und die Handlungen werden als Resultate von Einstellungen angesehen (Schwarzer, 2004). Die subjektive Norm wird durch zwei zugrunde liegende Faktoren bestimmt: **normative Überzeugungen** (was relevante Bezugspersonen für die handelnde Person für richtig halten) und die **Motivation**, sich entsprechend der Erwartungen anderer zu verhalten (Stahlberg & Frey, 1992). Ein Methadonpatient wird nach dem Modell von Fishbein und Ajzen seine Methadondosis dann abbauen, wenn er glaubt, dass eine niedrigere Methadondosis mit grosser Wahrscheinlichkeit zu positiven und nicht negativen Konsequenzen führen wird (Einstellungskomponenten) und dass für ihn relevante Personen wie beispielsweise Mitpatienten das Methadon-Abbauverhalten ebenfalls befürworten bzw. er auch motiviert ist, sich den Erwartungen seiner Bezugspersonen entsprechend zu verhalten (Komponente der subjektiven Norm).

Eine Erweiterung des Modells von Fishbein und Ajzen erfolgte durch Ajzen und Madden (1986) mittels der Theorie des geplanten Verhaltens, indem sie neben den Komponenten „Einstellung“ und „subjektive Norm“ den Aspekt der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle (**Kontrollierbarkeit**) als Determinante sowohl der Verhaltensabsicht als auch des beobachtbaren Verhaltens einführten. Gemäss Stahlberg und Frey (1992) wurde diese

Determinante als Erwartungen einer Person konzipiert, wonach bestimmte Ereignisse sie davon abhalten könnten, ein angestrebtes Verhalten tatsächlich in die Tat umsetzen zu können. Durch diese Determinante wird die Wahrscheinlichkeit berücksichtigt, mit der eine Person ein bestimmtes Verhalten zeigen wird, über welches sie nur eine eingeschränkte willentliche Kontrolle besitzt. Die Theorie des geplanten Verhaltens (Ajzen & Madden, 1986) platziert die Determinante Kontrollierbarkeit (perceived behavioral control) als gleichberechtigte Einflussgrösse neben die beiden Determinanten Einstellung und subjektive Norm. Die drei Determinanten bzw. die drei kognitiven Vorläufer (die persönliche Überzeugung, die normative Überzeugung und die Überzeugung (control belief) von Ressourcen und Gelegenheiten), die diese drei Determinanten je selbst determinieren, beeinflussen die Intention und diese das Verhalten. Nach den Überlegungen von Ajzen und Madden (1986) kann angenommen werden, dass die wahrgenommene Verhaltenskontrolle bzw. die Kontrolle über internale und externale Faktoren mit der Verhaltensausführung korreliert, diese Korrelation aber nur dann hoch sein wird, wenn die wahrgenommene Verhaltenskontrolle mit der tatsächlichen Verhaltenskontrolle weitgehend übereinstimmt.

Gemäss Schwarzer (2004) bleibt insgesamt unklar, wie Ajzen und Madden im Rahmen ihrer Theorie des geplanten Verhaltens das Konzept der **Kontrollierbarkeit** verstanden wissen wollen. Handelt es sich um eine **Konsequenzerwartung** im Sinne einer Handlungs-Ergebnis-Erwartung, wie sie mitunter Seligman (1975) vorschlug, oder um eine **Kompetenzerwartung**, bei der sich die Kontrolle auf die subjektive Verfügbarkeit einer wirksamen Handlung bezieht, wie dies Bandura (1995, 1977) im Rahmen seiner Selbstwirksamkeitstheorie vorschlug. Gemäss Schwarzer (2004) betonen Ajzen und Madden zwar, dass die Determinante der Kontrollierbarkeit der Kompetenzerwartung am nächsten ist, sie nehmen aber verschiedene Operationalisierungen vor, die der von Bandura nicht entsprechen. Im Unterschied zu Bandura trennen Ajzen und Madden nicht klar zwischen wahrgenommener und tatsächlicher Verhaltenskontrolle. Ihr Konzept der Kontrollierbarkeit soll beides umschliessen. Sie bezeichnen es auch als eine „nicht-motivationale Verhaltensdeterminante“ und unterstreichen damit die realen Gelegenheiten und Barrieren, während Banduras Kompetenzerwartung eine Kognition darstellt, die auf die subjektive Verfügbarkeit einer Handlung verweist und somit zu den motivationalen Verhaltensdeterminanten gehört (Schwarzer, 2004). Das Modell von Ajzen und Madden (1986), basierend auf der Theorie des geplanten Verhaltens, wurde aufgrund dieser Unklarheit der Determinante „Kontrollierbarkeit“ von DeVries et al. (1988) weiterentwickelt, indem sie

das diffuse Kontrollierbarkeitskonzept explizit durch die Kompetenzerwartung im Sinne von Bandura ersetzen. Die daraus entwickelte Variante der Theorie des geplanten Verhaltens wurde als „Limburger Modell“ bezeichnet, da die Autorengruppe an der Universität Limburg in Holland arbeitet (vgl. auch Kok et al., 1992).

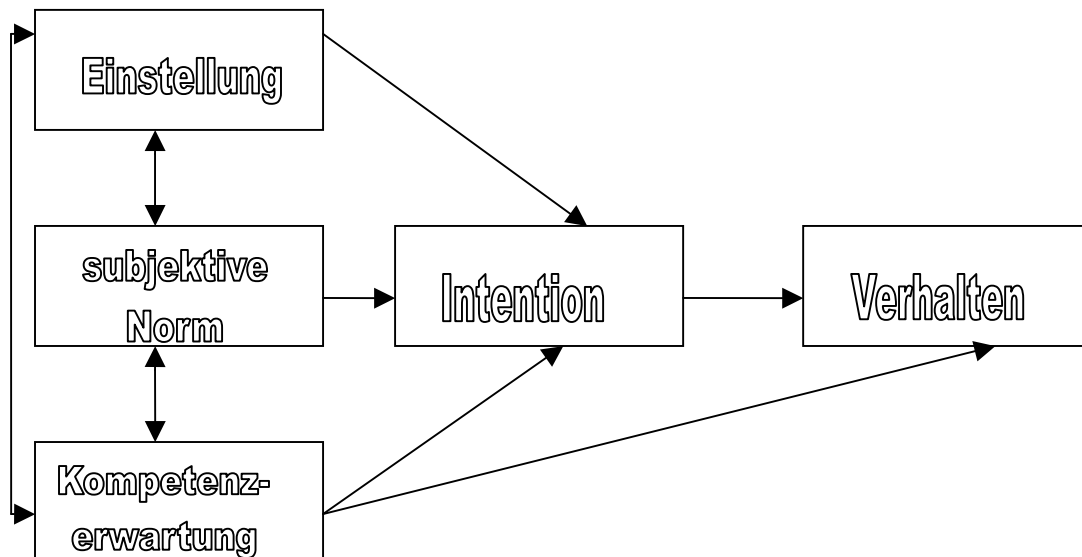


Abb. 2: Korrelationen zum „Limburger Modell“ (nach DeVries, Dijkstra & Kuhlman, 1988, S. 278, aus Schwarzer, 2004, S. 63).

2.2.6.3 Selbstwirksamkeitserwartung und Attribution

Die vorliegende Arbeit dient mitunter der Beantwortung der Frage, inwiefern es aufgrund unterschiedlicher Einstellungen zum Methadon und zur Methadon-Substitutionsbehandlung mit Methadon typische Gruppen von Patienten und inwiefern es zwischen allfälligen typischen Gruppen von Patienten Unterschiede bezüglich der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung gibt. Aus diesem Grund soll nachfolgend auf die Selbstwirksamkeitstheorie (self-efficacy theory) von Bandura (1995, 1992a, 1992b, 1977) eingegangen werden.

Die Selbstwirksamkeitstheorie von Bandura geht davon aus, dass Menschen nicht in erster Linie durch Bekräftigung oder Kontingenzen (zwischen situativen Reizen und eigenen Reaktionen) lernen, indem sie systematisch für eine erfolgreiche Handlungsausführung belohnt werden, also im Sinne des operanten Konditionierens, sondern dass Verhaltensänderung vielmehr durch „**Erwartungen** (also Kognitionen) über solche Bekräftigung oder Kontingenzen“ erfolgt. Bekräftigung ist daher weniger ein Mittel zur

Erzeugung von Reaktionen als vielmehr ein Mittel zur Erzeugung einer entsprechenden Kognition, die zur Verhaltensänderung motiviert (Schwarzer, 2004). „**Zielsetzungen**“ und „**Selbstbewertungen**“ sind weitere kognitive Aspekte dieses Änderungsmotivationsprozesses. Der Erwerb von Kompetenzerwartungen¹² und der Aufbau von Verhalten sind ganz wesentlich davon abhängig, wie realistisch die Zwischenziele (Ergebnisse) gesetzt werden und wie deren Erreichen subjektiv verarbeitet wird, nämlich als entweder selbstverursacht oder fremdverursacht (Schwarzer, 2004). Damit hat sich die Attributionstheorie beschäftigt (vgl. Weiner, 1988, 1986, 1980). Aufgrund der Attributionstheorie haben Menschen das grundlegende Bedürfnis, nach Ursachen für Ereignisse zu suchen, insbesondere für negative oder unerwartete Ereignisse. Dabei kommt es gemäss Schwarzer (2004, vgl. S. 26) zu einem Muster typischer Attributionsfaktoren wie zum Beispiel *Fähigkeit*, *Anstrengung*, *äussere Umstände* und *Zufall*, wenn es um leistungsthematische Zusammenhänge geht. Diesen vier Attributionsfaktoren liegen drei Attributionsdimensionen zugrunde. Die erste Dimension, die *Lokation der Kontrolle*, unterscheidet internale von externalen Ursachen. Die zweite Dimension, die *Stabilität*, unterscheidet variable von stabilen Ursachen und die dritte Dimension, die *Kontrollierbarkeit*, bezieht sich auf das Ausmass, in dem die betreffende Person willentlich Kontrolle über ein Ereignis ausüben konnte.

Was hat nun die Kausalattribution mit der Selbstwirksamkeitserwartung zu tun? Die Kompetenzerwartung hängt mit dem Ausmass zusammen, in dem man sich Erfolge selbst zuschreibt. Wer glaubt, die eigene Fähigkeit sei die primäre Ursache für die gelungene Problembewältigung, wird auch in Zukunft darauf vertrauen, gleichartige Probleme lösen zu können (Schwarzer, 2004, S. 26). In diesem Sinne hängt Kompetenzerwartung mit einem asymmetrischen Attributionsmuster zusammen. Personen mit hoher Kompetenzerwartung tendieren dazu, Erfolg auf Begabung zu attribuieren, Misserfolg dagegen nicht auf Unfähigkeit, sondern auf eine Reihe anderer Attributionsfaktoren. Personen mit niedriger Kompetenzerwartung attribuieren ihren Misserfolg auf fehlende Begabung, ihren Erfolg dagegen weniger auf Begabung als auf eine Reihe anderer Attributionsfaktoren wie beispielsweise Leichtigkeit der Aufgaben, Konzentration, und Anstrengung (vgl. Bandura, 1986; zit. nach Schwarzer, 2004, S. 26).

Nach Bandura (1977; zit. nach Schwarzer, 2004, S. 21) kann man Kompetenzerwartungen für eine Reihe von Situationen bzw. Aufgaben neben Informationen aus symbolischer Erfahrung

¹² Die Begriffe Kompetenzerwartung, optimistische Selbstüberzeugung und Selbstwirksamkeitserwartung werden in der vorliegenden Arbeit in Anlehnung an die Arbeit von Schwarzer (2004) synonym gebraucht.

und Gefühlsregung vor allem durch direkte und indirekte Erfahrung erwerben. **Indirekte Erfahrung** ist eine stellvertretende Erfahrung, indem eine Modellperson (z. B. Mitpatienten mit niedriger Methadondosis) beobachtet wird, die ein Problem (zum Beispiel auf einer zu hohen Methadondosis eingestellt sein) erfolgreich löst. Aus solchen sozialen Vergleichsprozessen werden Schlussfolgerungen bezüglich der eigenen Kompetenz gezogen. Selbstwirksamkeitserwartungen, die in diesem Sinne auf stellvertretender Erfahrung beruhen, sind schwächer und verwundbarer als solche, die auf eigenen Erfahrungen beruhen. **Direkte Erfahrungen** macht eine Person, indem sie Anforderungssituationen erfolgreich meistert (zum Beispiel die Methadondosis abbauen) und dadurch den Zusammenhang zwischen persönlichem Anstrengungsaufwand und den Konsequenzen aus der Umwelt (zum Beispiel Mitpatienten im Rahmen einer Methadon-Substitutionsbehandlung) wahrnimmt und interpretiert. Dabei bezieht sich die Kompetenzerwartung auf die subjektive Verfügbarkeit von Bewältigungshandlungen, also darauf, was eine Person glaubt, wie sie mit den wahrgenommenen Anforderungen fertig wird, ohne mit den objektiven Handlungsressourcen (realen Fähigkeiten und Fertigkeiten im Umgang mit Belastungen) übereinstimmen zu müssen. Die Tatsache, dass eine Person kritische Situationen erfolgreich bewältigt, bedeutet daher auch nicht gleichzeitig, dass dies die Kompetenzerwartung bestätigt oder stärkt (Schwarzer, 2004). Es kommt wie oben erläutert vielmehr darauf an, wie Handlungsergebnisse im Sinne der Attributionstheorie interpretiert werden. Neben dem Verhältnis von Fähigkeit zu Anstrengung, der Einschätzung der Schwierigkeit einer Aufgabe, den Bezugsnormen zur Selbstbewertung, dem sozialen und temporären Vergleich wird ein Misserfolg – bezogen auf die direkten Erfahrungen bei konkreten eigenen Handlungsvollzügen – die Selbstwirksamkeitserwartung dann stärker reduzieren, wenn er auf mangelnde Fähigkeit statt auf widrige Umstände attribuiert wird (Weiner, 1986; zit. nach Schwarzer, 2004, S. 22). Im Zusammenhang mit Methadonpatienten ist dies sehr relevant, weil diese im Laufe der Substitutionsbehandlung mit Methadon oft davon ausgehen, dass es ihnen gelingt, das Methadon bis zur totalen Abstinenz¹³ abzubauen, was mit ihren objektiven Handlungsressourcen selten übereinstimmt. Misserfolge im Zusammenhang mit der Aufrechterhaltung der Total-Abstinenz werden dabei oft auf die negative Nachwirkung des Methadons attribuiert. Chronische Krankheiten wie die Heroinabhängigkeit erfordern aktive Bewältigungsversuche, um das Leiden zu verringern, eine allfällige Genesung zu beschleunigen oder das Ausmass der Behinderung zu beeinflussen. Der Aufbau des entsprechenden Bewältigungsverhaltens erfordert mitunter die nötige

¹³ Abstinenz von sämtlichen Drogen und von Methadon.

Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer, 2004). Im Rahmen der vorliegenden Arbeit stellt sich hier die Frage, ob für gewisse Methadonpatienten allenfalls das Methadonabbauverhalten bzw. das Streben nach totaler Abstinenz an sich die Bedeutung eines solchen Bewältigungsverhaltens haben könnte. Eine andere Erklärung, weshalb Methadonpatienten ihre Handlungsressourcen in Bezug auf das Methadonabbauverhalten oft falsch einschätzen, könnte in der Einnahme von Methadon liegen. Das Methadon könnte dem Patienten das Gefühl vermitteln, psychische Funktionen zu besitzen, wie sie vom Arbeitskreis OPD (2001) beschrieben werden, ohne diese aber wirklich zu besitzen. Im Manual „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ des Arbeitskreises OPD (2001, S. 73) wird die Struktur (das Selbst in Beziehung zum Anderen) anhand von sechs Dimensionen¹⁴ beschrieben, die als Konstrukte sechs beobachtbare Funktionen („Fähigkeiten zu ...“) der zugrunde liegenden Struktur kennzeichnen: Die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Abwehr, Objektwahrnehmung, Kommunikation und Bindung. Die Vermutung geht dahin, dass Methadonpatienten unter Einnahme von Methadon eine verzerrte Einschätzung ihrer psychischen Struktur bzw. der einzelnen psychischen Funktionen vornehmen und damit auch die Handlungsressourcen besser wahrnehmen als sie eigentlich sind.

2.2.6.4 Selbstwirksamkeitserwartung oder Hilflosigkeit

Für die vorliegende Arbeit dürfte das Konstrukt „Hilflosigkeit“ von besonderer Bedeutung sein. Nach der Theorie der erlernten Hilflosigkeit (Seligman, 1975, dt. 1979) kommt es zu einem Zustand von Passivität, Niedergeschlagenheit und Selbstwertverlust, wenn Menschen keinen Zusammenhang zwischen ihrem Verhalten und den Konsequenzen aus der Umwelt wahrnehmen bzw. durch ihre Handlungen die Handlungsergebnisse nicht beeinflussen können. Normalerweise folgt auf eine gezielte Handlung eine Konsequenz; bleibt sie ständig aus, so zeitigt dies ungünstige kognitive, motivationale und emotionale Folgen, die als Hilflosigkeit bezeichnet werden (Schwarzer, 2004). Ein Methadonpatient zum Beispiel, der beabsichtigt, abstinenter von Heroin und Methadon zu werden, reduziert seine Methadondosis auf die Nulldosis und erwartet nun als Konsequenz daraus, total abstinent (von Heroin und Methadon) leben zu können. Geschieht dies aber über einen bestimmten Zeitraum nicht, so wird er die Totalabstinenz enttäuscht aufgeben, deprimiert sein und es vielleicht nie wieder versuchen. Nach der ursprünglichen Theorie (Seligman, 1975) entsteht diese Hilflosigkeit aufgrund der Wahrnehmung von Nichtkontingenz sowie der daraus resultierenden Erwartung

¹⁴ Gemäss Arbeitskreis OPD (2001) sind diese strukturellen Dimensionen logisch nicht voneinander unabhängig. Sie bilden den Gegenstand der Struktur aus verschiedenen Perspektiven ab und erfassen die komplexen Funktionsmuster in verschiedenen Zusammenhängen.

zukünftiger Nichtkontingenz (Schwarzer, 2004). Nach der revidierten Theorie (Abramson et al., 1978) spielt die Kausalattribution eine wesentliche Rolle. Glaubt der Methadonpatient, die Wiederaufnahme der Heroin- oder Methadoneinnahme sei internal begründet – zum Beispiel durch mangelnde Willenskraft –, so ist dies ungünstiger als wenn er externale Gründe wahrnimmt wie beispielsweise, dass das Scheitern auf die erschwerten Bedingungen eines Methadonentzugs zurückzuführen ist und dass es bei einem Heroinentzug besser geklappt hätte. Im letzten Fall wird der Methadonpatient weniger belastet und eher bereit sein, einen anderen, vermeintlich besseren Abstinenzversuch auszuprobieren. Stabile Ursachen sind ungünstiger als variable Ursachen, und situationsglobale Ursachen sind ungünstiger als situationsspezifische Ursachen (Schwarzer, 2004). Der so genannte depressive Attributionsstil umfasst daher internale, stabile und situationsglobale Ursachen für negative Ereignisse (vgl. Sweeney et al., 1986; zit. nach Schwarzer, 2004). Dies ist mit einer Disposition verknüpft, Ereignisse durch Attribution auf interne, stabile und globale¹⁵ Ursachen zu erklären (Hewstone & Antaki, 1992). Erleben Menschen mit einem solchen Attributionsstil ein belastendes Ereignis, so glauben sie, es sei durch sie verursacht worden, die Ursache sei überdauernd und sie führe dazu, dass auch andere Dinge ein schlechtes Ende nehmen (Hewstone & Antaki, 1992). Bei Methadonpatienten stellt sich die Frage, ob möglicherweise ein depressiver Attributionsstil bzw. mangelnde Selbstwirksamkeitserwartung in Bezug auf das Erreichen und Aufrechterhalten der Total-Abstinenz durch erhöhte Selbstwirksamkeitserwartung in Bezug auf das Methadonabbauverhalten kompensiert wird, so dass die Methadondosisreduktion als positives Handlungsergebnis internal-stabil attribuiert wird.

2.2.6.5 Situationsspezifische und generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung

Bandura (1977; zit. nach Schwarzer, 2004) verstand sein Konstrukt „perceived self-efficacy“ ursprünglich **situationsspezifisch**. Die Person hegt dabei eine optimistische Selbstüberzeugung, eine ganz spezifische Problemsituation durch eigenes Handeln bewältigen zu können (z. B. „Ich traue mir jetzt zu, die Schlange kurz berühren zu können, sofern ich dabei einen Handschuh trage.“). Gemäss Schwarzer (2004) wurde das Konstrukt der Selbstwirksamkeitserwartung in den meisten Studien mittels solch spezifischer Skalen oder Einzelaussagen, die auf die besonderen Untersuchungsumstände zugeschnitten waren operationalisiert. Da eine Person angesichts einer ganzen Reihe von Lebensproblemen spezifische Selbstwirksamkeitserwartungen hegen kann, führte das zur Überlegung, dass sich

¹⁵ („global“ bedeutet hier, dass die Ursache auf vielfältige Sachverhalte wirkt, nicht nur auf eine einzige)

eine Mehrzahl davon zu einem **generalisierten und zeitstabilen** Konstrukt aggregieren lässt. Anhand unabhängig voneinander entwickelter Konstrukte und Messinstrumente liessen sich dann auch tatsächlich individuelle Unterschiede in einer solchen „generalisierten Selbstwirksamkeitserwartung“ bestimmen (vgl. z. B. Smith & Wallston, 1992; Snyder et al., 1991).

Im Rahmen von Längsschnittstudien zur psychosozialen Entwicklung von Schülern haben Matthias Jerusalem und Ralf Schwarzer im Jahre 1981 in Anlehnung an das Self-Efficacy-Konzept von Bandura eine 20-Item-Skala konstruiert und als „Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung“ bezeichnet. Das Konstruktionsprinzip dieser allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung bestand darin, eine Anforderung zu beschreiben, der das eigene Handlungspotenzial gegenübergestellt wird¹⁶ (Schwarzer, 2004). Die Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten ist dabei im Sinne einer stabilen personalen „Coping-Ressource“ zu verstehen (vgl. Jerusalem, 1990a, 1990b; zit. nach Schwarzer, 2004). Erste Erfahrungen mit dieser Skala zeigten, dass eine Kürzung um die Hälfte einen ökonomischen Vorteil brachte, der sich durch nur geringe Einbussen an Reliabilität und Validität erkaufen liess (Jerusalem & Schwarzer, 1986a, 1986b; zit. nach Schwarzer, 2004). Die revidierte 10-Item-Skala wird nun seit vielen Jahren in diversen Forschungsprojekten eingesetzt (vgl. Abb. 3; Schwarzer & Jerusalem, 1994; Schwarzer, 1993).

1. Wenn mir jemand Widerstand leistet, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.
2. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.
3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.
4. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.
5. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut damit zurechtkommen kann.
6. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich mich immer auf meine Intelligenz verlassen kann.
7. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.

¹⁶ (zum Beispiel: „Wenn sich Schwierigkeiten vor mir auftürmen, dann kann ich meinen Bewältigungstechniken vertrauen.“)

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">8. Für jedes Problem habe ich eine Lösung.9. Wenn ich mit einer neuen Sache konfrontiert werde, weiss ich, wie ich damit umgehe.10. Wenn ich mit einem Problem konfrontiert werde, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich damit fertig werde. |
|--|

Abb. 3: Skala zur allgemeinen Kompetenzerwartung (aus: Schwarzer, 2004, S. 36)

Im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojektes gelangt ebenfalls diese 10-Item-Skala zur Anwendung, da sich aufgrund der Fragestellung die Selbstwirksamkeitserwartung nicht auf ein bestimmtes Verhalten der Methadonpatienten, sondern auf die Selbstwirksamkeit der Methadonpatienten als stabile „Coping-Ressource“ bezieht.

2.3 Veränderungsbereitschaft im Rahmen des Transtheoretischen Modells

2.3.1 Einleitung

Das Transtheoretische Modell (in der Folge kurz: TTM) der Verhaltensänderung von Prochaska und DiClemente (1983, 1982) besitzt seit etwa 1985 vor allem in den USA, Australien und Grossbritannien grosse Popularität. Das Modell findet eine breite Anwendung, mitunter in der öffentlichen Gesundheitsvorsorge, in der Klinischen Psychologie, Gesundheitspsychologie und in der primären, sekundären und tertiären Prävention (Maurischat, 2001). Bunton et al. (2000, zit. nach Maurischat, 2001) identifizierten in einer Literaturrecherche weit über 1000 englischsprachige Studien, die einen Bezug zum TTM aufwiesen. Neben einer Vielzahl von theoretischen Arbeiten fanden sie 368 Arbeiten, die sich mit dem Konzept der Veränderungsphasen („Stages of Change“, in der Folge kurz: SoC) beschäftigen. Die SoC sind denn auch derjenige Bestandteil des TTM, dem am meisten Aufmerksamkeit zuteil wurde. Eine aktuelle Literaturrecherche nach deutschsprachigen Artikeln zum TTM in den Datenbanken Medline und Psynindex unter den Stichworten „Transtheoretisches Modell“, „Stages of Change“ ergibt 42 Arbeiten. Der Vergleich mit einer Literaturrecherche, die Maurischat (2001) mit denselben Begriffen in den erwähnten Datenbanken durchführte, macht deutlich, dass eine vergleichsweise weite Verbreitung des TTM-Ansatzes im deutschsprachigen Raum auch aktuell noch nicht stattgefunden hat bzw. die Forschung zu diesem Konzept noch am Anfang steht.

2.3.2 Das Transtheoretische Modell (TTM)

Das TTM ist ein Phasenmodell, das die Bereitschaft zu einer Einstellungs- und Verhaltensänderung in Bezug auf ein konkret definiertes Problemverhalten beschreibt. In einer zeitlichen Dimension werden **sechs Veränderungsphasen** (SoC) unterschieden, die auf dem Weg zu einer dauerhaften Verhaltensänderung vom Individuum durchschritten werden. In Abhängigkeit von diesen Phasen der Veränderungsbereitschaft werden insgesamt **zehn Veränderungsstrategien** („Processes of Change“) postuliert, die Menschen in Abhängigkeit von den SoC benutzen, um ihre Erfahrungen, sich selbst oder ihre Umwelt zu modifizieren (Maurischat, 2001, S. 9). Die Veränderungsstrategien wurden unterschiedlichen Psychotherapieschulen entlehnt (z. B. der Freud'schen, Skinner'schen und der Rogerianischen Schule), woraus sich der Name „transtheoretisch“ ableitet (Prochaska, 1979, zit. nach Maurischat, 2001). Prochaska und DiClemente (1982) fanden durch empirische Beobachtung

von Rauchern, die sich das Rauchen selbst, also ohne therapeutische Hilfe, abgewöhnen wollten, heraus, dass diese unterschiedliche Strategien und Mittel in Abhängigkeit vom Zeitpunkt ihrer Entwöhnung einsetzten. Sie leiteten daraus ab, dass die Änderung eines Problemverhaltens durch eine segmentierte Zeitperspektive adäquat beschrieben werden kann, die abgrenzbare so genannte „Periods of Change“ beinhaltet. Das Konzept einer periodenhaften Veränderung war an sich nicht neu, da bereits z. B. Horn (1976, zit. nach Maurischat, 2001) diesen Ansatz beschrieben hatte. Erst die Kombination der „Periods of Change“ bzw. der von Prochaska und DiClemente neu benannten „Stages of Change“ und den aus ihrer Psychotherapieforschung abgeleiteten „Processes of Change“ brachte den konzeptionellen Durchbruch (Prochaska & DiClemente, 1992). Nach dem TTM fördert die Anwendung der Veränderungsstrategien das Voranschreiten innerhalb der Stadien, so dass Behandlungen im Sinne einer (patienten-)bedarfsgerechten Intervention: „die richtige Strategie zum richtigen Zeitpunkt“ (Maurischat, 2001, S. 10) vorgenommen werden sollten. Die klinische Implikation besteht entsprechend darin, die Aufmerksamkeit in der Therapie auf die phasentypischen Anforderungen, Strategien und Ziele zu richten (de Jong-Meyer & Engberding, 1996, zit. nach Maurischat, 2001).

2.3.3 Das Konzept der „Stages of Change“ (SoC)

Im vorliegenden Forschungsprojekt werden die Versuchspersonen in Bezug auf ihre Veränderungsbereitschaft untersucht, weshalb nachfolgend das Konzept „Stages of Change“ bzw. dessen Operationalisierung dargestellt wird. Gemäss TTM repräsentieren die SoC Kategorien eines latenten Kontinuums, der motivationalen Bereitschaft für eine Veränderung. Gemäss Maurischat (2001, vgl. S. 11) sind dabei zwei Perspektiven von besonderer Bedeutung: 1.) SoC sind auf einer mittleren Abstraktionsebene zwischen „traits“ und „state“ angeordnet. Stadien gelten als stabil und häufig Jahre überdauernd, so dass sie „trait“-ähnliche Qualitäten haben. Die SoC sind jedoch auch dynamisch in dem Sinn, dass Veränderungen des individuellen Zustandes möglich sind. SoC verändern sich aber nicht so schnell wie „states“, da Personen Jahre in einem bestimmten Stadium verharren können. In ihrer Beschaffenheit sind SoC demnach sowohl stabil als auch dynamisch. Auch bei chronischer Erkrankung liegt implizit ein derartiges Verhältnis von Dynamik und Stabilität vor, bei dem ein Krankheitsverhalten (z.B. Heroinkonsum) über lange Zeiträume ausgeübt wird, aber gleichzeitig die latente Möglichkeit für eine grundlegende Veränderung (z.B. Heroinabstinenz) besteht (Prochaska, 2000). 2.) SoC sind spezifisch hinsichtlich eines konkretisierbaren Problembereichs oder Problemverhaltens. Bei der Ermittlung der SoC muss

ein Problemverhalten definiert und eine präzise Zielbestimmung hinsichtlich des gewünschten (gesunden) Verhaltens vorgenommen werden, deren Erreichung eine individuelle Partizipation erfordert (Prochaska & DiClemente, 1992). Der Leitgedanke besteht darin, dass sich Personen bzgl. eines spezifizierten Problembereiches graduell darin unterscheiden, in welchem Mass sie bereit für eine Veränderung sind und dass sie sich einem SoC zuordnen lassen.

In der Originalarbeit von Prochaska und DiClemente (1982) wurden zunächst fünf SoC der Verhaltensänderung identifiziert. Spätere Arbeiten beschreiben ein weiteres, sechstes und „höchstes“ SoC. Dieses wurde aus theoretischen Überlegungen hinzu genommen und hat sich bislang nur im Bereich der Raucherentwöhnung bewährt (Prochaska et al., 1996; Grimley et al., 1994). Die sechs SoC des transtheoretischen Modells wurden von den Autoren als Precontemplation (1. Phase), Contemplation (2. Phase), Preparation (3. Phase), Action (4. Phase), Maintenance (5. Phase) und Termination (6. Phase) bezeichnet. Maurischat (2001, S. 13) hat die sechs Veränderungsphasen wie folgt zusammengefasst:

- **Precontemplation:** Phase, in der Menschen keine Absicht haben, ihr Verhalten bzw. ihre Überzeugungen in der absehbaren Zukunft (z.B. in den nächsten sechs Monaten) zu ändern. Viele Personen sind sich ihres Problems nicht bewusst, verleugnen dieses oder wollen nicht darüber nachdenken. Sie sind über die langfristigen Konsequenzen nicht ausreichend informiert oder entmutigt hinsichtlich der eigenen Veränderungsfähigkeit.
- **Contemplation:** Phase, in der sich Menschen ihrer Problematik bewusst werden und ernsthaft über Veränderungen im nächsten halben Jahr nachdenken. Allerdings sind sie noch keine Verpflichtung (sich selbst oder anderen gegenüber) eingegangen, auch wirklich anders zu handeln.
- **Preparation:** Phase, die intentionale und Verhaltensaspekte kombiniert. Menschen äussern hier die Absicht, ihr Verhalten gewöhnlich innerhalb des nächsten Monates (d.h. kurzfristig) zu ändern oder hatten im letzten Jahr bereits erste erfolglose Versuche unternommen.
- **Action:** Phase, in der Personen etwa seit einem halben Jahr aktiv ihr Verhalten, ihre Erfahrungen oder ihre Umwelt neu strukturieren, um ihr Problem zu lösen. Das Handeln erfordert viel Aufwand an Energie und Zeit. Das Action-SoC gilt deshalb als

die aktivste Phase, in der das neue Verhalten in die Alltagsroutine einfließt und die Umwelt die Veränderung vermehrt wahrnimmt.

- **Maintenance:** Phase, in der Menschen ihre erreichten Veränderungen etwa seit mehr als sechs Monaten zum Zeitpunkt der Befragung beibehalten und möglichen Rückfällen vorbeugen. Die Anwendung der erlernten Fähigkeiten und Strategien wird nun endgültig zur Routine. Die Dauer dieser Phase liegt etwa zwischen sechs Monaten und fünf Jahren (Prochaska & Prochaska, 1999, zit. nach Maurischat, 2001).
- **Termination:** Personen, die sich in dieser Phase befinden, haben ihr Problemverhalten überwunden, so dass das Problem nicht mehr existiert. Die Versuchung, das alte Verhalten wieder aufzunehmen ist 0%, das Vertrauen allen Versuchungen in Belastungssituationen zu widerstehen beträgt hingegen 100 Prozent.

Das TTM integriert Einstellungs- und Verhaltensänderungen. In den ersten beiden Veränderungsphasen werden Einstellungsaspekte erfragt, und in der dritten Phase kommen zu Intentionen Verhaltensabsichten hinzu. Die vierte und fünfte Phase zeichnet sich durch konkretes Verhalten aus, und in der Terminations-Phase werden wieder Einstellungen und Selbsteinschätzungen zentral (Velicer et al., 2000). Der Einstellungs- bzw. Verhaltenswandel verläuft allerdings nach den Vorstellungen des TTM nicht gradlinig, sondern spiralförmig über die SoC hinweg. Dies, weil bei Menschen mit einer Abhängigkeitsproblematik Rückfall eher die Regel als die Ausnahme ist (Prochaska et al., 1992). Im Verlauf einer Intervention kann somit linearer Fortschritt von einem Stadium zum nächsten eher nicht erwartet werden bzw. ist lineare Progression ein mögliches, aber eher seltenes Phänomen. Die SoC werden zwar in aufsteigender Reihenfolge sukzessiv durchschritten, aber in jeder Phase ist auch eine Regression in eine vorhergehende Phase möglich. Eine Regression von Action oder Maintenance wird dabei als Rückfall definiert (Prochaska et al., 1992). Das Spiralmodell geht davon aus, dass die meisten Patienten mit einer Abhängigkeitsproblematik, die bezüglich ihrer Substanz rückfällig werden, nicht endlos an den Ausgangspunkt zurück regredieren, sondern jedes Mal, wenn sie durch die Stufen recyceln, von ihren Fehlern lernen und das nächste Mal versuchen, etwas zu verändern (DiClemente et al., 1991). Der Umgang mit der Regression ist ein therapeutisch relevanter Bestandteil der prozesshaften Verhaltensänderung und kann zu wiederholtem Anlauf führen, um in die nächst höhere Phase zu gelangen. Häufig ist dabei ein mehrmaliges Durchlaufen, ein „recycling“ der Veränderungsphasen nötig, bis ein Verhalten langfristig als stabil zu betrachten ist (Keller et al., 2001, zit. nach Maurischat, 2001; Prochaska & DiClemente, 1984).

Prochaska et al. (1992) konnten anhand einer Raucher-Kohorte aufzeigen, dass je mehr es Rauchern gelingt, sich handlungs-orientiert im Sinne der Actionphase zu verhalten, ihre Prognose umso besser ist, abstinent zu werden. Die Autoren stellten dabei aber fest, dass viele Behandelnde oft „action“-orientierte Behandlungsprogramme zusammenstellen, dann aber enttäuscht sind, wenn nur ein kleiner Prozentsatz der Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung dazu bereit ist, entsprechende Behandlungen aufzunehmen oder wenn Patienten ihre Behandlungen abbrechen. Dies, weil viele dieser Patienten keine so hohe aktive Veränderungsbereitschaft in die Behandlung mitbringen, wie dies in einem „action“-orientierten Behandlungsprogramm erforderlich wäre. Prochaska und DiClemente (1992) zeigen denn auch, dass die Anzahl abstinenter Raucher nach einer Behandlung in direktem Zusammenhang steht mit den Stufen, in denen sie sich vor Behandlungsbeginn befanden. Damit zeigen sie auf, dass es naiv wäre, alle Raucher so zu behandeln, als wären sie in der gleichen Phase.

2.3.4 Die Messung der SoC

Aufgrund der pragmatischen, aber auch unpräzisen Definition der SoC, haben sich zwei gegensätzliche messtechnische Ansätze zur Messung der SoC etabliert. Sie spiegeln eine laufende Kontroverse wider, ob es sich bei den SoC um ein kategoriales oder ein dimensionales Modell der Veränderungsbereitschaft handelt (Prochaska & DiClemente, 1998). Für die Entwicklung von Assessments zur Erfassung der SoC schlugen Prochaska und DiClemente zunächst vor, die SoC als Kategorien zu betrachten, so dass eine Person jeweils einer Kategorie exakt zugeordnet werden kann. Die Kategorien sind dabei qualitativ distinkt und in einer Rangreihe geordnet („Precontemplation“ als unterste Kategorie und „Maintenance“ bzw. „Termination“ als oberste Kategorie). Prochaska und DiClemente (1983) entwickelten einen so genannten Staging-Algorithmus, der eine eindeutige Personenzuordnung ermöglicht. Dieser Staging-Algorithmus wurde zunächst für den Bereich Rauchen entwickelt und von den Autoren in den Jahren 1983 bis 1991 in der Formulierung wiederholt modifiziert (vgl. Farkas et al., 1996, zit. nach Maurischat, 2001; Prochaska & DiClemente, 1992; DiClemente et al., 1991). Kernelement der kategorialen Form der SoC-Messung ist die Zuordnung der Personen anhand von Zeitintervallen. Dies ermöglicht, jede Person eindeutig einem SoC zuzuordnen. Die Grundstruktur dieses Staging-Algorithmus lässt sich wie folgt beschreiben: Wenn Personen keine Änderungsabsicht innerhalb der nächsten sechs Monate bekunden, befinden sie sich in der Precontemplation-Phase. In der

Contemplation-Phase wird eine Änderung im nächsten halben Jahr erwogen. Steht der Zeitpunkt der Veränderung innerhalb des nächsten Monats bevor, so befinden sich die Personen in der Preparation-Phase. Die Action-Phase wird definiert, als eine innerhalb der letzten sechs Monate tatsächlich erfolgte Verhaltensänderung. In der Maintenance-Phase wird das neue Verhalten seit mindestens sechs Monaten ausgeübt (Prochaska & Velicer, 1997, zit. nach Maurischat, 2001).

Das kategoriale Modell der SoC stiess allerdings auf Kritik, denn bereits aus der zyklischen Darstellung des Modells und der Rückfallproblematik ist anzunehmen, dass Einstellungs- und Verhaltensänderungen nicht in distinkten Kategorien zu fassen sind und unter Ausschluss der Betrachtung der anderen SoC ermittelt werden können (Sutton, 1996). Anders ist es beim dimensionalen Modell der SoC, bei dem die SoC als fünf Achsen in einem multidimensionalen Raum angeordnet sind, so dass jede Achse einer Phase entspricht. Bei diesem Modell sind Interkorrelationen zwischen den SoC nicht auszuschliessen, so dass die Distinktheit zwischen den SoC aufgegeben wird und jede Person in jedem SoC eine Ausprägung hat (Sutton, 2000). In der URICA (University of Rhode Island Change Assessment) liessen sich in einer Stichprobe von Psychotherapiepatienten zunächst nur vier (Precontemplation, Contemplation, Action, Maintenance) der postulierten fünf SoC abbilden (vgl. u. a. Abellanas & McLellan, 1993). Diese Konstruktvalidierung der URICA zeigte erwartungsgemäss, dass die SoC interkorreliert waren. Beispielsweise korrelierten Contemplation und Action mit $r=.50$. Aufgrund der theoretischen Modellvorstellung der SoC deuten die Ergebnisse zur Fragebogenkonstruktion insgesamt an, dass es sich bei den SoC keinesfalls um qualitativ unterschiedliche, klar abgrenzbare Stufen der Veränderungsbereitschaft handelt, wie dies aus kategorialer Perspektive angenommen wird. Zudem hat die Möglichkeit, einen solchen Staging-Algorithmus quasi am Schreibtisch zu entwerfen, zu teils erheblich differierenden Formulierungen und Konstruktionen geführt. Gemäss Horwarth (1999) liegt das Problem der einfachen Klassifizierung darin, dass die Validität des Modells nicht überprüft werden kann, da die Klassen a priori determiniert sind. Auch sind Zweifel angebracht, ob ein „gold standard“-Algorithmus, der die SoC modellgemäss abbildet, selbst innerhalb eines Anwendungsbereiches formulierbar ist und ob nicht vielmehr die Unpräzision der SoC stets viele Algorithmen zulässt, die etwas Ähnliches, wenn auch nicht zwangsläufig dasselbe, erfassen. Aufgrund dieser Überlegungen erfolgt im Rahmen der vorliegenden Arbeit die Operationalisierung der Messung der Veränderungsbereitschaft dimensional.

2.3.5 Messung der Veränderungsbereitschaft bei Heroinabhängigkeit

Bislang wurde erstaunlicherweise nur eine einzige Untersuchung bezüglich der Veränderungsbereitschaft von Heroinabhängigen bzw. Methadonpatienten im Rahmen des TTM durchgeführt. Das ist deshalb erstaunlich, weil Behandlungsmisserfolge im Zusammenhang mit Methadonpatienten typischerweise auf ungenügender Veränderungsmotivation derselben zurückgeführt werden. Es handelt sich um die US-amerikanische Studie von Belding et al. (1995), im Rahmen derer eine Stichprobe von 276 Methadonpatienten untersucht wurde. Die Messung der Veränderungsbereitschaft erfolgte kategorial, mittels eines Algorithmus im Bereich Drogenmissbrauch, der über die Zeitdauer des illegalen Drogenkonsums operationalisiert wurde:

- **Precontemplation:** Es besteht kein Plan, den illegalen Drogenkonsum in den kommenden 6 Monaten zu unterbrechen.
- **Contemplation:** Es besteht ein Plan, den illegalen Drogenkonsum in den kommenden 6 Monaten zu unterbrechen, nicht aber in den folgenden 30 Tagen.
- **Preparation:** Es besteht ein Plan, den illegalen Drogenkonsum in den kommenden 30 Tagen zu unterbrechen.
- **Action:** Es bestand kein illegaler Drogenkonsum in den vergangenen 30 Tagen, aber innerhalb der vergangenen 6 Monate.
- **Maintenance:** Es bestand kein illegaler Drogenkonsum in den vergangenen 6 Monaten.

Jedes Stadium der Veränderungsbereitschaft repräsentiert eine unterschiedliche Konstellation von Einstellungen, Absichten und Verhaltensweisen bezüglich eines (einzelnen) konkret definierten Problemverhaltens. Gerade bei Methadonpatienten ist es aber schwierig, ein einzelnes konkretes Problemverhalten zu definieren. Dies verhält sich so, weil sie oft polytoxikoman sind und die von ihnen konsumierten Substanzen interagieren. Hinzu kommt, dass eine sehr zentrale Veränderungsstrategie (Processes of Change) von Methadonpatienten bezüglich ihres Heroinkonsums in der Regulierung der Methadondosis besteht. Dies sind Gründe, weshalb es bezüglich Methadonpatienten nur wenige Untersuchungen gibt, die auf dem TTM basieren (vgl. auch Belding et al., 1995).

Belding et al. (1995) stellten sich die Fragen, ob 1.) im Rahmen der Population der Methadonpatienten die gleichen Veränderungsstadien identifiziert werden können und 2.) in

welchem Umfang Methadonpatienten neben der Methadoneinnahme noch andere Veränderungsstrategien verwenden?

Bezüglich der ersten Frage konnten die Autoren aufzeigen, dass 13 der untersuchten 276 Methadonpatienten auf der Basis ihres Algorithmus nicht klassifiziert werden konnten. 65% der übrigen 263 Patienten gaben an, während der vorangegangenen 30 Tage Beikonsum i.S. von illegalen Drogen gehabt zu haben. Entsprechend wurden diese Patienten einem der ersten drei Veränderungsstadien zugeordnet. Der prozentuale Anteil der Patienten, die neben Methadon mehrere Substanzen konsumierten, war über alle Veränderungsstadien hinweg etwa gleich gross. 80% aller Patienten mit Beikonsum hatten in den vorangegangenen 10 Tagen Heroin konsumiert, womit Heroin die meist konsumierte Substanz war. 54% hatten Kokain, 45% Benzodiazepine, 26% Cannabis und 11% andere Substanzen konsumiert. Mit Ausnahme der Substanzkategorie „andere“ gab es keine Unterschiede bezüglich des Beikonsums verschiedener Substanzen über die Veränderungsstadien Precontemplation, Contemplation und Preparation hinweg. Patienten, die dem Veränderungsstadium „Precontemplation“ zugeteilt wurden, konsumierten signifikant ($p < 0.05$) mehr „andere Drogen“ (als Kokain, Heroin und Cannabinoide) wie Propoxyphene und Barbiturate als Patienten der Veränderungsstadien „Contemplation“ und „Preparation“. Die Precontemplators hatten einen signifikant höheren Mehrfachkonsum als Patienten der Preparationsphase.

Um die zweite Frage zu beantworten, legten Belding et al. (1995) ihren Probanden den Fragebogen mit den Prozessitems (60 Items) vor. Mittels Hauptkomponentenanalyse konnten die Autoren aufzeigen, dass die Prozessstrategien von Methadonpatienten nicht mehr von einem Modell mit 12 Faktoren (Subskalen) à 5 Items wie bei Tabakrauchern (Prochaska et al., 1992), sondern einem Modell mit noch 4 Faktoren und insgesamt 25 Items repräsentiert werden. Die untersuchten 276 Methadonpatienten differenzierten nicht zwischen allen 12 hypothetisierten Veränderungsprozess-Subtypen, sondern lediglich zwischen 4 Typen veränderungs-relevanter Aktivitäten. Mitunter liess sich auch der Veränderungsprozess „Medication“ faktorenanalytisch nicht herauskristallisieren, der Items wie: „requesting a higher methadone dose to avoid drug use“ beinhaltet. Es zeigte sich zwar, dass die Probanden in den unterschiedlichen Veränderungsstufen Veränderungsscore-Profile zeigten, die sehr konsistent mit denen vom Modell (Prochaska et al, 1992) vorhergesagten waren, aber sie differenzierten die Veränderungsstadien weniger klar als in anderen Untersuchungen, bei denen das TTM eingesetzt wurde. Es zeigte sich, dass Probanden, die in benachbarten

Veränderungsstadien kategorisiert waren, sich bezüglich der Veränderungsprozess-Score-Profile nicht signifikant unterschieden. Belding et al. (1995) führten diese Uneindeutigkeit der Profile mitunter auf die Komplexität der Methadonbehandlung selbst zurück. Sie interpretierten dies wie folgt: „Patients may view methadone as an end in itself rather than as one of several means for changing behavior. They may have difficulty clearly identifying other processes of behavior change.” (S. 52). Viele Methadonpatienten konsumierten mehrere illegale Drogen. Entsprechend wurden sie bezüglich ihrer Absicht befragt, ihren illegalen Drogenkonsum aufzugeben. Belding et al. (1995) konnten zeigen, dass Methadonpatienten unterschiedliche Veränderungsprozesse für unterschiedliche illegale Drogen einsetzen und daher Mühe haben, ein klares Veränderungsprozess-Muster zu artikulieren. Beispielsweise arbeitet ein Methadonpatient aktiv daran, seinen Heroinkonsum zu kontrollieren, während er erst vage darüber nachdenkt, ob er seinen Benzodiazepine-Konsum beenden soll. Aufgrund der theoretischen Modellvorstellung der SoC dürfte ein solcher Patient Schwierigkeiten haben, seinen Drogenkonsum zu beenden.

2.3.6 Deutschsprachige Verfahren: Veränderungsstadien-Skala (VSS)

Im folgenden Teil wird ein für die vorliegende Arbeit wichtiges Instrument zur dimensionalen Erfassung der SoC vorgestellt. Auf die deutschsprachigen kategorialen Verfahren wird nicht eingegangen, da wie oben erläutert in der vorliegenden Untersuchung kein solches Verfahren zur Anwendung gelangt.

Die URICA wurde von Heidenreich et al. (2001) ins Deutsche übersetzt und an einer Stichprobe von 165 alkoholabhängigen Patienten psychometrisch untersucht. Heidenreich et al. (2001) entwickelten daraus die **Veränderungsstadien-Skala (VSS)**. Die faktorielle Bestimmung mittels Hauptkomponentenanalyse ergab vier Dimensionen, die den SoC Precontemplation (acht Items, $\alpha = .69$), Contemplation (acht Items, $\alpha = .61$), Action (acht Items, $\alpha = .83$) und Maintenance (acht Items, $\alpha = .73$) entsprechen (vgl. auch Maurischat, 2001, S. 26). Damit konnte die Faktorenstruktur der URICA repliziert werden, die kein Preparation-SoC beinhaltet. Die Ergebnisse zur Konstruktvalidität der VSS sind in dieser Stichprobe allerdings noch unbefriedigend, ebenso die teils hohen Skaleninterkorrelationen, vor allem zwischen Contemplation und Action ($r = .62$). Fecht et al. (1998) nahmen die kritischen Items aus der VSS heraus und entwickelten eine 16-Item-Kurzversion, die **VSS-k** (s. Abb. 4). Die VSS-k besteht aus den SoC Precontemplation (vier Items, $\alpha = .63$), Contemplation (vier Items, $\alpha = .56$), Action (vier Items, $\alpha = .78$) und Maintenance (vier Items, $\alpha = .79$). Die

Interkorrelation zwischen Contemplation und Action beträgt nur noch $r=.30$. Eine konfirmatorische Prüfung der Kurzversion steht bislang noch aus (vgl. auch Maurischat, 2001, S. 26).

Precontemplation

- Ich vermute, ich habe Schwächen, aber es gibt nichts, was ich wirklich verändern müsste.
- Ich bin kein Problemfall, deshalb macht es keinen Sinn für mich, dass ich hier bin.

Contemplation

- Ich habe ein Problem und ich denke wirklich, dass ich daran arbeiten sollte.
- Ich habe schon daran gedacht, etwas an mir zu verändern.

Action

- Ich arbeite wirklich hart daran, mich zu verändern.
- Jeder kann darüber reden, dass er sich verändern will; ich tue was dafür.

Maintenance

- Ich habe mit Erfolg an meinem Problem gearbeitet, aber ich weiss nicht, ob ich alleine weiterhin durchhalten kann.
- Vielleicht brauche ich jetzt einen Schubs, um die Veränderungen aufrechtzuerhalten, die ich schon gemacht habe.

Abb. 4: VSS-k: Beispiel-Items

Die Auswertung der VSS bzw. der VSS-k verläuft im Gegensatz zur URICA nicht über Veränderungsprofile, da die zugrunde liegende clusteranalytische Ermittlung sich als hoch inkonsistent erwiesen hat (Heidenreich et al., 2001). Die Autoren empfehlen, die Summenwerte der einzelnen SoC als kontinuierliche Prädiktoren zu verwenden und die Ergebnisse als Ausmass der jeweils SoC typischen Meinungen zu verwenden. Eine distinkte SoC-Zuordnung wird derzeit nicht befürwortet (Fecht et al., 1998). Bislang existiert keine Untersuchung – weder im angelsächsischen noch im deutschsprachigen Raum –, bei der zur Untersuchung von Heroinabhängigen ein dimensionales Assessment zur Erfassung der SoC angewandt wurde.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit stellt sich die Frage, auf welche Substanz (Heroin oder Methadon) sich die Veränderungsbereitschaft der Methadonpatienten überhaupt bezieht. Wenn sich ihre Veränderungsbereitschaft auf Methadon bezieht, eröffnet sich bei denen, die eine hohe aktive Veränderungsmotivation haben (hohe Werte auf der Action-Dimension der Veränderungsbereitschaft), die Frage, worauf sich ihre Veränderungsmotivation bezieht. Die

Veränderungsmotivation könnte sich einerseits darauf beziehen, die Methadondosis abzubauen, andererseits aber auch darauf, die Methadondosis beizubehalten und stattdessen aktiv an einem Rehabilitationsprozess (Drogenberatung, Psychotherapie, Stellensuche usw.) teilzunehmen. So gesehen, könnten Methadon-Substitutionsbehandlungs-Abbrüche auch damit zu tun haben, dass Methadonpatienten mit hoher aktiver Veränderungsmotivation darin engagiert sind, das Methadon abzubauen, was mitunter zu inadäquater Methadondosis und in der Folge zu Beikonsum oder sogar Behandlungsabbruch führen könnte.

3. Fragestellung

3.1 Hauptfragestellung

Zunächst wird nun die Hauptfrage dieser Arbeit gestellt. Diese Hauptfragestellung lautet wie folgt:

Welche Einstellungen haben Patienten in Methadonbehandlung zum Methadon und zur Substitutionsbehandlung der Heroinabhängigkeit mit Methadon?

Anhand dieser Frage wird die zentrale Thematik der vorliegenden Arbeit ausgedrückt. Die nachfolgenden Fragestellungen sind als dieser Hauptfrage untergeordnet zu verstehen.

3.2 Weitere Fragestellungen

Die nun folgenden Fragestellungen sollen die zuvor gestellte Hauptfrage differenzieren. Sie sind aufgrund der Fokussierung entweder auf mögliche Einstellungen oder auf Patienten mit bestimmten Einstellungen gegliedert.

3.2.1 Typische Einstellungen zum Methadon und zur Methadon-Substitutionsbehandlung

Zunächst werden diejenigen Fragestellungen aufgeführt, die sich auf mögliche typische Einstellungen zum Methadon und zur Substitutionsbehandlung mit Methadon beziehen.

Gibt es für diese Patienten typische Einstellungen zum Methadon und zur Substitutionsbehandlung mit Methadon?(F1)

- Gibt es einen Zusammenhang von allfälligen typischen Einstellungen zum Methadon und zur Substitutionsbehandlung mit Methadon mit den Hauptdimensionen der Veränderungsbereitschaft des Transtheoretischen Modells (TTM)? (F1.1)
- Gibt es einen Zusammenhang von allfälligen typischen Einstellungen zum Methadon und zur Substitutionsbehandlung mit Methadon mit der allgemeinen Selbstwirksamkeitsüberzeugung? (F1.2)

- Gibt es einen Zusammenhang von allfälligen typischen Einstellungen zum Methadon und zur Substitutionsbehandlung mit Methadon mit der Methadon-Dosis zum Befragungszeitpunkt? (F1.3)
- Gibt es einen Zusammenhang von allfälligen typischen Einstellungen zum Methadon und zur Substitutionsbehandlung mit Methadon mit dem Verlauf der Methadondosis in den letzten sechs Monaten vor der Befragung? (F1.4)
- Gibt es einen Zusammenhang von allfälligen typischen Einstellungen zum Methadon und zur Substitutionsbehandlung mit Methadon mit dem selbst berichteten Heroinkonsum oder dem Verlangen danach in den letzten 30 Tagen vor dem Befragungszeitpunkt? (F1.5)

3.2.2 Typische Patientengruppen aufgrund der Einstellungen zum Methadon und zur Methadon-Substitutionsbehandlung

Gibt es aufgrund unterschiedlicher Einstellungen zum Methadon und zur Substitutionsbehandlung mit Methadon typische Gruppen von Patienten? (F2)

- Gibt es zwischen allfälligen typischen Gruppen von Patienten Unterschiede bezüglich der Hauptdimensionen der Veränderungsbereitschaft des Transtheoretischen Modells (TTM)? (F2.1)
- Gibt es zwischen allfälligen typischen Gruppen von Patienten Unterschiede bezüglich der allgemeinen Selbstwirksamkeitsüberzeugung? (F2.2)
- Gibt es zwischen allfälligen typischen Gruppen von Patienten Unterschiede bezüglich der Methadon-Dosis zum Befragungszeitpunkt? (F2.3)
- Gibt es zwischen allfälligen typischen Gruppen von Patienten Unterschiede bezüglich des Verlaufs der Methadondosis in den letzten sechs Monaten vor der Befragung? (F2.4)

- Gibt es zwischen allfälligen typischen Gruppen von Patienten Unterschiede bezüglich des selbst berichteten Heroinkonsums oder dem Verlangen danach in den letzten 30 Tagen vor dem Befragungszeitpunkt? (F2.5)

3.2.3 Einstellungen der Behandelnden zum Methadon und zur Substitutionsbehandlung mit Methadon

Welche Einstellungen haben die Behandelnden der zu befragenden Patienten zum Methadon und zur Substitutionsbehandlung mit Methadon? (F3)

- Lassen sich die typischen Einstellungen der Patienten bei den Behandelnden mit adäquater Reliabilität erfassen? (F3.1)
- Unterscheiden sich die Einstellungen der Gruppe der Patienten von den Einstellungen der Gruppe der Behandelnden? (F3.2)
- Gibt es diesbezüglich zwischen den Behandlungsinstitutionen vergleichbare Unterschiede? (F3.3)

4. Methodik

4.1 Patienten-Untersuchungsinstrumente

4.1.1 Qualitative Befragung zu den Einstellungen bei Methadon-Patienten

4.1.1.1 Einleitung

Wie in Kapitel 2.1 bereits erläutert, existieren in der Schweiz keine Einstellungsstudien zum Thema Methadon und Methadon-Substitutionsbehandlung. Aufgrund der in Kap. 2.1.14 dargestellten Unterschiede zwischen der Schweiz und den USA in Bezug auf die Substitutionsbehandlung von Heroinabhängigen mit Methadon, basieren zudem die wenigen existierenden quantitativen Einstellungsstudien auf Einstellungsfragebögen, deren Items für die vorliegende Einstellungsuntersuchung nicht angemessen sind (Kaymann et al., 2006; Stancliff et al., 2002; Gollnisch et al., 1997; Joe et al., 1991). Wie in Kap. 2.1.3 dargestellt, wurde beispielsweise im Rahmen der aktuellsten quantitativen Einstellungsstudie, derjenigen von Kayman et al. (2006), die Einstellung anhand von Fragebogen-Items erhoben, die lediglich eine Einstellungsdimension repräsentieren. Einstellungen gegenüber Verhaltensaspekten innerhalb von Methadon-Substitutionsbehandlungen wie beispielsweise Methadondosisabbau, Tiefdosisverhalten, Beikonsum oder Rehabilitation wurden zudem gar nicht untersucht. Aus diesen und weiteren in Kap. 2.1 genannten Gründen, musste für die vorliegende Untersuchung der Merkmalsbereich relevanter Einstellungen zum Methadon und zur Methadon-Substitutionsbehandlung im Sinne der Inhaltsvalidität des zu konstruierenden Fragebogens anhand einer neuen qualitativen Befragung möglichst umfassend erhoben werden.

Insgesamt muss also im Rahmen der hier dargestellten Untersuchung das Instrument zur quantitativen Untersuchung der Einstellungen von Methadonpatienten neu entwickelt werden. Der Kern dieses Instruments soll ein „self-report“-Fragebogen sein, anhand dessen die Einstellungen der Methadonpatienten zum Methadon und zur Methadon-Substitutionsbehandlung möglichst umfassend aber auch genügend präzise und mit hoher Akzeptanz erfasst werden können. Das Instrument muss auch die Skalen zur Erfassung potentiell assoziierter Konstrukte (Selbstwirksamkeit und Veränderungsbereitschaft) enthalten. Zudem müssen relevante Angaben zur aktuellen Situation der Patienten aus klinischer Sicht sowie anamnestische Daten erfasst werden können.

4.1.1.2 Ziel der qualitativen Befragung

Ziel der qualitativen Befragung war es, einen möglichst breit gestreuten Pool von Patienten-Aussagen zum Thema Methadon zu generieren und damit den Merkmalsraum der Einstellungen zum Thema Methadon und Methadon-Substitutionsbehandlung auszuloten. Dieser Pool von Einstellungs-Aussagen sollte anschliessend als Grundlage zur Konstruktion eines „self-report“-Fragebogens dienen, deren Items neben der Erfassung eher genereller Einstellungen auch die spezifischen Gegebenheiten der Situation in Zürich repräsentieren sollten. Zur Auswahl der Aussagen für den „self-report“-Fragebogen wurden Annahmen über die dimensionale Struktur dieses Merkmalsraums getroffen. Ein weiteres Ziel der qualitativen Befragung war es, diesen Merkmalsraum anhand von a-priori-Patientengruppen und den diese Gruppen trennenden a-priori-Einstellungsdimensionen zu strukturieren.

4.1.1.3 Methode der qualitativen Befragung

4.1.1.3.1 Stichprobe

Die Befragung der Methadonpatienten erfolgte qualitativ, mittels eines halbstandardisierten Interviews entlang eines Interviewleitfadens. Der Zeitraum der Befragung dauerte von September 2002 bis Ende April 2004. Die Stichprobe umfasste 30 Methadonpatienten (n=30). Die im Rahmen dieser Interviews erstellten Interview-Protokolle dienten als Grundlage für die Interview-Transkripte. Die Transkribierung der Probandenantworten sowie die Auswertung der Transkripte dauerte bis Ende Juni 2004. Bei der Patienten-Auswahl wurden beide Geschlechter und verschiedene Altersgruppen berücksichtigt. Zudem bestand der Anspruch, die Befragung an unterschiedlichen Behandlungsorten und in unterschiedlichen Behandlungssettings durchzuführen, um die Einstellungsvielfalt zu erhöhen. Befragt wurden fünf Methadonpatienten der Einrichtung „Drop-In“ und 11 der „Therapiestelle für Drogenprobleme“. Bei beiden Einrichtungen handelt es sich um ambulante Institution zur Behandlung von Patienten mit Substanzstörungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Weiter wurden 11 Methadonpatienten der Einrichtung „ZOKL 1“ in Zürich befragt. Hierbei handelt es sich um eine ambulante Behandlungseinrichtung der Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen (ARUD). Befragt wurden zudem drei Patienten der „Sonnenbühl-Klinik“, einer therapeutischen Gemeinschaft zur stationären Behandlung von Patienten mit Substanzstörungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Bei den drei

Probanden der Sonnenbühl-Klinik handelte es sich um Patienten, die trotz stationärem, abstinenz-orientiertem Behandlungssetting über eine langjährige Erfahrung mit Methadonsubstitution verfügten.

4.1.1.3.2 Entwicklung des Interviewleitfadens

Der Interviewleitfaden wurde in mehreren Schritten ausdifferenziert und laufend um Einstellungs- und Vorstellungsaspekte erweitert. Auf diese Weise konnte der Merkmalsraum rund um das Thema Methadon optimal ausgelotet werden. Die Befragung zielte also nicht darauf ab, alle Probanden mit einem zuvor festgelegten Interviewleitfaden zu befragen, sondern den Interviewleitfaden während der Befragung fortlaufend um die daraus resultierenden neuen Ein- und Vorstellungsaspekte weiter auszudifferenzieren und zu ergänzen. Dieser Differenzierungsprozess erfolgte unter ständiger Evaluation bezüglich der von Bouchard (1976) verfassten Kontrollpunkte, so dass die Fragen des Interviewleitfadens im Verlaufe der 30 Interviews laufend kontrolliert und korrigiert wurden. Nachfolgend sind die von Bouchard (1976) verfassten Kontrollpunkte aufgelistet:

- Ist jede Frage erforderlich?
- Enthält der Fragebogen Wiederholungen?
- Welche Fragen sind überflüssig, weil man die zu erfragenden Informationen auch auf andere Weise erhalten kann?
- Sind alle Fragen einfach und eindeutig formuliert und auf einen Sachverhalt ausgerichtet?
- Gibt es negativ formulierte Fragen, deren Beantwortung uneindeutig sein könnte?
- Sind Fragen zu allgemein formuliert?
- Kann der Befragte die Fragen potentiell beantworten?
- Besteht die Gefahr, dass Fragen den Befragten in Verlegenheit bringen?
- Erleichtern Gedächtnisstützen oder andere Hilfsmittel die Durchführung des Interviews?
- Sind die Antwortvorgaben auch aus der Sicht des Befragten angemessen?
- Kann das Ergebnis der Befragung durch die Abfolge der Fragen (Sequenzeffekte) beeinflusst werden?
- Enthält das Interview genügend Abwechslungen, um die Motivation des Befragten aufrecht zu erhalten?
- Sind die Fragen suggestiv formuliert?
- Ist die Polung der Fragen ausgewogen?
- Sind die Eröffnungsfragen richtig formuliert?
- Ist der Abschluss des Fragebogens genügend durchdacht?

Da der Interviewleitfaden der Erhebung von Einstellungen diene, wurden die folgenden fünf Kontrollpunkte von Bouchard (1976) speziell berücksichtigt:

- Keine Fragen-Formulierungen, mit denen wahre Sachverhalte dargestellt werden.
- Keine Fragen, die praktisch von allen Befragten verneint oder bejaht werden.
- Die Fragen sollten so formuliert sein, dass die Antworten eindeutig interpretiert werden können.
- Formulierungen, in denen Begriffe wie „immer“, „alle“, „keiner“, „niemals“ etc. vorkommen, sind zu vermeiden.
- Quantifizierende Umschreibungen mit Begriffen wie „fast“, „kaum“, „selten“ etc. sind insbesondere in Kombination mit Rating-Skalen problematisch.

Nachfolgend werden die einzelnen Entwicklungsschritte, die der Interviewleitfaden durchlief, dargestellt:

Version 1: Anhand einer ersten Version wurden die Probanden Nr. 1 und Nr. 2 befragt. Die erste Version umfasste 29 Fragen zu sechs Einstellungsaspekten:

Aspekt 1: Subjektive Krankheitstheorie bezüglich Heroinabhängigkeit (v. a. psychosomatische Wechselwirkung)

Aspekt 2: Einstellung zum Methadon generell

Aspekt 3: Einstellung zur Substitutionsbehandlung generell

Aspekt 4: Behandlungsziel im Rahmen der aktuellen Methadonbehandlung

Aspekt 5: Einstellung zur Methadondosierung und Methadondosisverhalten

Aspekt 6: Einstellung zur psychosozialen und/oder psychotherapeutischen Unterstützung

Version 2: Anhand einer zweiten Version wurden die Probanden Nr. 3 bis Nr. 17 befragt. Im Rahmen dieser zweiten Version wurde der Aspekt der Behandlungsziele bezüglich kurzfristiger (Aspekt 4) und langfristiger Behandlungsziele (Aspekt 5) ausdifferenziert. Zudem wurden die Fragen, die die einzelnen Aspekte der ersten Version repräsentierten bezüglich redundanter Fragen korrigiert und um zusätzlich differenzierende Fragen ergänzt. Die zweite Version umfasste 24 Fragen zu sieben Aspekten:

Aspekt 1: Subjektive Krankheitstheorie bezüglich Heroinabhängigkeit (v. a. psychosomatische Wechselwirkung)

Aspekt 2: Einstellung zum Methadon generell

Aspekt 3: Einstellung zur Substitutionsbehandlung generell

Aspekt 4: Kurzfristiges Behandlungsziel im Rahmen der aktuellen Methadonbehandlung

Aspekt 5: Langfristiges Behandlungsziel im Rahmen der aktuellen Methadonbehandlung

Aspekt 6: Einstellung zur Methadondosierung und zum Methadondosisverhalten

Aspekt 7: Einstellung zur psychosozialen und/oder psychotherapeutischen Unterstützung

Version 3: Anhand einer dritten Version wurden die Probanden Nr. 18 bis Nr. 26 befragt. Im Rahmen dieser dritten Version wurde die Einstellung zur Substitutionsbehandlung um die nachfolgenden drei Aspekte des Substitutionsverhaltens ausdifferenziert und ergänzt: Stabilisierungs- (Aspekt 4), Abbau- (Aspekt 5) und Methadonentzugsverhaltens (Aspekt 6). Die einzelnen Aspekte der zweiten Version wurden wiederum bezüglich redundanter Fragen korrigiert und um zusätzlich differenzierende Fragen ergänzt. Die dritte Version umfasste 42 Fragen zu 10 Aspekten:

Aspekt 1: Subjektive Krankheitstheorie bezüglich Heroinabhängigkeit (v. a. psychosomatische Wechselwirkung)

Aspekt 2: Einstellung zum Methadon generell

Aspekt 3: Einstellung zur Substitutionsbehandlung generell

Aspekt 4: Einstellung zu Methadon-Stabilisierungsverhalten in Substitutionsbehandlung

Aspekt 5: Einstellung zu Methadon-Abbauverhalten in Substitutionsbehandlung

Aspekt 6: Einstellung zu Methadon-Entzugsverhalten in Substitutionsbehandlung

Aspekt 7: Kurzfristiges Behandlungsziel im Rahmen der aktuellen Methadonbehandlung

Aspekt 8: Langfristiges Behandlungsziel im Rahmen der aktuellen Methadonbehandlung

Aspekt 9: Einstellung zur Methadondosierung und zum Methadondosisverhalten

Aspekt 10: Einstellung zur psychosozialen und/oder psychotherapeutischen Unterstützung

Version 4: Die Probanden Nr. 26 bis Nr. 30 wurden mittels einer vierten Version des Interviewleitfadens befragt. Im Rahmen dieser vierten Version wurde das Substitutionsverhalten um den Verhaltensaspekt der Erhöhung der Methadon-Dosis (Aspekt 7) ausdifferenziert und ergänzt. Hinzu kam zudem der Aspekt der Heroinfixiertheit (Aspekt 8). Hierbei handelt es sich um das Phänomen, wonach Methadonpatienten trotz Methadonsubstitution auf den Heroinkonsum nicht verzichten wollen oder können. Weiter wurde diese vierte Version um die beiden Aspekte „Vorstellung bezüglich der Ursache der Einstellung“ (Aspekt 13) und „Vorstellung bezüglich des Einflusses des Behandelnden auf die Einstellung des Patienten“ (Aspekt 14) ausdifferenziert und ergänzt. Auch die vierte Version wurde bezüglich redundanter Fragen korrigiert und um zusätzlich differenzierende Fragen ergänzt. Die vierte Version umfasste 57 Fragen zu 14 Aspekten:

Aspekt 1: Subjektive Krankheitstheorie bezüglich Heroinabhängigkeit (v. a. psychosomatische Wechselwirkung)

Aspekt 2: Einstellung zum Methadon generell

Aspekt 3: Einstellung zur Substitutionsbehandlung generell

- Aspekt 4:** Einstellung zu Methadondosis-Stabilisierungsverhalten in Substitutionsbehandlung
- Aspekt 5:** Einstellung zu Methadondosis-Abbauverhalten in Substitutionsbehandlung
- Aspekt 6:** Einstellung zu Methadondosis-Entzugsverhalten in Substitutionsbehandlung
- Aspekt 7:** Einstellung zu Methadondosis-Erhöhrungsverhalten in Substitutionsbehandlung
- Aspekt 8:** Einstellung zu Heroinfixiertheit in Substitutionsbehandlung
- Aspekt 9:** Kurzfristiges Behandlungsziel im Rahmen der aktuellen Methadonbehandlung
- Aspekt 10:** Langfristiges Behandlungsziel im Rahmen der aktuellen Methadonbehandlung
- Aspekt 11:** Einstellung zur Methadondosierung und zum Methadondosisverhalten
- Aspekt 12:** Einstellung zur psychosozialen und/oder psychotherapeutischen Unterstützung
- Aspekt 13:** Vorstellung bezüglich der Ursache der Einstellung
- Aspekt 14:** Vorstellung bezüglich des Einflusses des Behandelnden

4.1.1.3.3 Erstellung und Auswertung der Transkripte

Die mitgeschriebenen und teilweise stichwortartig erfassten Antworten wurden nach der Befragung in ganze Antwortsätze transkribiert, so dass von jedem Probanden zu jeder Frage wieder die komplette Antwortaussage vorlag. Auf diese Weise wurden alle 30 Interviews transkribiert. Die daraus resultierenden Transkripte dienten dazu, wie oben erwähnt, einen möglichst breit gestreuten Pool von Patienten-Aussagen zu generieren, um damit den Merkmalsraum der Einstellungen zum Thema Methadon und Methadon-Substitutionsbehandlung auszuloten. Den 30 Transkripten konnten insgesamt 376 Einstellungs-Aussagen („Statements“) entnommen werden (s. Anhang A5).

4.1.1.4 Ergebnisse der qualitativen Befragung

4.1.1.4.1 Bestimmung und Beschreibung von Patienten-Typen und Patienten-Subtypen

Deskriptiv widerspiegelte der Aussagen-Pool dieser 376 Einstellungs-Aussagen, dass die meisten Probanden einen sehr problematischen Bezug zum Methadon und zur Methadon-Substitutionsbehandlung haben. Dies manifestierte sich in den mehrheitlich negativen Aussagen gegenüber den erfragten Aspekten zum Thema Methadon, vor allem aber in der Tendenz zu positiven Einstellungen gegenüber kontraproduktivem Methadondosis-Regulierungsverhalten innerhalb der Substitutionsbehandlung wie Abbau-, Entzugs- und Tiefdosisverhalten. Inhaltlich legte der Aussagen-Pool deshalb die Vermutung nahe, dass das Methadondosis-Regulierungsverhalten der Methadonpatienten deren Gesamteinstellung gegenüber dem Methadon und gegenüber der Methadon-Substitutionsbehandlung repräsentieren bzw. zum Ausdruck bringen könnte. Dies führte zur Überlegung, von den

Verhaltensaspekten 4-8 und unter Berücksichtigung der übrigen Einstellungsaspekte 1-3 und 9-14 Patienten-Typen abzuleiten und zu beschreiben.

Im Verlaufe der Probanden-Befragung mittels des Interviewleitfadens liessen sich wie oben erwähnt die folgenden Verhaltensaspekte ausdifferenzieren:

Aspekt 4: Einstellung zu Methadondosis-Stabilisierungsverhalten in Substitutionsbehandlung

Aspekt 5: Einstellung zu Methadondosis-Abbauverhalten in Substitutionsbehandlung

Aspekt 6: Einstellung zu Methadondosis-Entzugsverhalten in Substitutionsbehandlung

Aspekt 7: Einstellung zu Methadondosis-Erhöhrungsverhalten in Substitutionsbehandlung

Aspekt 8: Einstellung zu Heroinfixiertheit in Substitutionsbehandlung

Aus diesen fünf Verhaltensaspekten liessen sich die nachfolgenden fünf Patienten-Typen bestimmen: 1. Stabilisierer, 2. Abbauer, 3. Entzieher, 4. Erhöher und 5. Festhalter. Aufgrund von Verhaltenstendenzen im Umgang mit der Regulierung der Methadondosis bot es sich an, die „Stabilisierer“ und die „Abbauer“ in je drei und die „Entzieher“ in zwei Subtypen zu unterteilen. Die „Erhöher“ und die „Festhalter“ hingegen liessen sich aufgrund ihres Regulierungsverhaltens nicht in Subtypen unterteilen. Nachfolgend werden diese Patienten-Typen und -Subtypen vorgestellt:

A.) *Stabilisierer:* Dieser Patienten-Typ beabsichtigt primär, sich zu stabilisieren. Im Vordergrund steht die Absicht, sich auf einer Methadondosis einzupendeln, die stabilisierend wirkt, und diese während einer bestimmten Dauer konstant zu halten. Die Suche nach einer solchen Methadondosis kann einhergehen mit dem Konstanthalten, dem Abbauen oder dem Erhöhen der aktuellen Methadondosis.

a1. Dieser Subtyp beabsichtigt, die aktuelle Dosis konstant zu halten.

a2. Dieser Subtyp beabsichtigt, die aktuelle Dosis auf eine tiefere abzubauen und sie dort konstant zu halten.

a3. Dieser Subtyp beabsichtigt, die aktuelle Dosis auf eine höhere Dosis zu erhöhen und sie dort konstant zu halten.

B.) Abbauer: Dieser Patienten-Typ beabsichtigt primär, das Methadon abzubauen. Die Stabilisierung durch Einpendeln auf einer optimalen Dosis sowie das Konstanthalten dieser Dosis auf unbestimmte Zeit steht hier nicht im Vordergrund.

b1. Dieser Subtyp hat keine Zieldosis. Die dem Abbau zugrunde liegende Motivation zeigt sich in der diffusen Absicht, eine tiefe Methadondosis zu haben.

b2. Dieser Subtyp strebt zwar eine bestimmte Zieldosis an, die er erreichen möchte. Die dem Abbau zugrunde liegende Motivation zeigt sich jedoch weder in der Absicht, sich auf einer tieferen Dosis einzupendeln und zu stabilisieren, noch in der Absicht, sich auf einen Entzug einzulassen.

b3. Dieser Subtyp strebt nach der Methadon-Null dosis, jedoch nicht im Sinne einer Entzugsbehandlung, sondern im Sinne eines Prozesses, der einige Monate dauern kann.

C.) Entzieher: Dieser Patienten-Typ beabsichtigt primär, das Methadon ganz zu entziehen. Die dem Abbau zugrunde liegende Motivation zeigt sich also in der Absicht, das Methadon ganz zu entziehen.

c1. Dieser Subtyp hat die Absicht, sich einem Methadonentzug zu unterziehen. Dabei ist es ihm wichtig, dass dieser Entzug möglichst ohne irgendwelche Entzugssymptome erfolgt.

c2. Dieser Subtyp beabsichtigt eine methadongestützte Entzugsbehandlung.

D.) Erhöher: Dieser Patienten-Typ beabsichtigt, die Methadondosis zu erhöhen. Im Vordergrund steht primär der Wunsch, mittels Methadon ein „Flash“ zu erleben. Das Methadon wird deshalb strategisch konsumiert. Mitunter sind solche Patienten auch bereit, zusätzlich illegal Methadon, Heroin, Benzodiazepine und/oder Kokain zu konsumieren, um den gewünschten Rauschzustand zu erleben.

E.) Festhalter: Dieser Patienten-Typ kann sich nicht lösen vom Heroin. Er gibt an, bei hohen Methadondosen die Lust am Heroin nicht zu verlieren und bei tiefen Methadondosen unter starken Entzugssymptomen zu leiden. Die Auseinandersetzung mit einer Methadondosis im mittleren Bereich wird aus Angst vermieden. Dieser Patienten-Typ hat Angst, den Heroinkonsum loszulassen und sich auf Methadon einzulassen. Es ist eher die Ausnahme, wenn ein solcher Methadonpatient während 24 Stunden auf Heroinkonsum-Ereignisse

verzichtet. Dieser Patienten-Typ hat eine diffuse Angst vor der Methadon-Substitutionsbehandlung.

4.1.1.4.2 Zuordnung der Probanden zu Patienten-Typen und Patienten-Subtypen

In einem nächsten Schritt wurden alle 30 Probanden einem dieser Patienten-Typen und Patienten-Subtypen zugeordnet. Tab. 1 gibt einen Überblick über diese Zuordnung. 16 Probanden und damit etwas mehr als 50% aller Probanden liessen sich aufgrund ihrer Einstellung, erfragt mittels des oben beschriebenen Interviewleitfadens, dem Patienten-Typen A zuordnen. Dabei liessen sich 4 Probanden dem Subtypen a1 und 12 dem Subtypen a2 zuordnen, bei dem das Stabilisieren auf einer tieferen Methadondosis im Vordergrund steht. Dem Subtypen a3, der beabsichtigt, die aktuelle Methadondosis zu erhöhen und sie dort konstant zu halten, um sich zu stabilisieren, konnte kein Proband zugeordnet werden. Der Subtyp a3 wurde der Vollständigkeit halber trotzdem aufgeführt. 23,3% aller Probanden liess sich den Subtypen b1, b2 und b3 zuordnen. Weitere 23,3% liessen sich auf die Patienten-Typen C, D und E verteilen.

Tab. 1: Zuordnung der Probanden zu den Patienten-Typen und Patienten-Subtypen

Patienten-Typen	a1	a2	a3	b1	b2	b3	c1	c2	D	E
30 Probanden	4	12	0	1	1	5	2	1	3	1

4.1.1.4.3 Vier a-priori Patientengruppen

Die Patienten-Typen wurden weiter zusammengefasst mit dem Ziel, möglichst wenige Patientengruppen unter Beibehaltung möglichst hoher Homogenität innerhalb der einzelnen Gruppen zu bilden. Anhand dieser a-priori Patientengruppen konnte ein **a-priori Modell** der Einstellungen formuliert werden, welches zur Grundlage der Itemselektion für den zu konstruierenden „self-report“-Fragebogen wurde. Dieses a-priori Modell besteht aus den a-priori-Patientengruppen und a-priori Einstellungsdimensionen, die diese Gruppen trennen. Die a-priori Patientengruppen und die a-priori Einstellungsdimensionen wurden nun zur hypothetischen Grundlage für die quantitative Erforschung der Einstellungen zum Methadon. Anschliessend werden die a-priori Patientengruppen vorgestellt, im nachfolgenden Kap. 4.1.1.4.4 dann die a-priori Einstellungsdimensionen:

Methadonpatienten mit Wunsch nach Heroinkonsum bei Entlastungshaltung:

Diese Patienten haben den Wunsch nach „nichtabhängigem“ Heroinkonsum. Sie nehmen das Methadon zur Flexibilisierung des Heroinkonsums und lassen sich nicht wirklich auf die Methadon-Substitutionsbehandlung ein. Das Methadon soll sie von den negativen Folgen des Heroinkonsums entlasten. Diese Gruppe setzt sich hauptsächlich aus Patienten des Patienten-Typs E („Festhalter“) und Patienten des Patienten-Typs D („Erhöher“) zusammen.

Methadonpatienten mit Abstinenzwunsch bei Tiefdosishaltung:

Diese Patienten haben den Wunsch, abstinent von Opioiden zu sein. Sie lassen sich auf die Methadon-Substitutionsbehandlung ein, wobei sie den Methadon-Abbau als Voraussetzung für den Rehabilitationsprozess sehen. Der Methadon-Abbau erfolgt leistungsorientiert und unter Vermeidung von Entzugssymptomen. Mit zunehmendem Abbau steigt das Gefühl der Selbstwirksamkeit. Heroinkonsum als Folge der Methadon-Unterdosierung zwingt sie wiederholt zu Dosiserhöhungen, wodurch Scham- und Schuldgefühle evoziert werden. Diese Gruppe setzt sich hauptsächlich aus Patienten des Patienten-Typs C („Entzieher“) und Patienten des Patienten-Typs B („Abbauer“) zusammen.

Patienten mit Abstinenzwunsch bei Gleichgewichtshaltung:

Diese Patienten haben den Wunsch, abstinent von Opioiden zu sein. Die Gleichgewichtshaltung entspricht einem Kompromiss zwischen Tiefdosishaltung und dem Bestreben, Heroinkonsum und Methadondosis so in einem Gleichgewicht zu halten, dass sie sich nicht tangieren. Der Methadon-Abbau erfolgt gezielt unter Vermeidung von Schuld- und Schamgefühlen und zur Erhöhung der Selbstwirksamkeit. Diese Gruppe setzt sich hauptsächlich aus Patienten des Patienten-Typs B („Abbauer“) und Patienten des Patienten-Typs A („Stabilisierer“) zusammen.

Patienten mit Stabilisierungswunsch bei Rehabilitationshaltung:

Diese Patienten haben den Wunsch, sich physisch und psychisch zu stabilisieren. Sie lassen sich nicht nur auf einen Substitutionsprozess, sondern auch auf einen Rehabilitationsprozess ein. Diese Patienten akzeptieren das Methadon als Voraussetzung für den Rehabilitationsprozess und streben dadurch nicht nach einer möglichst tiefen Methadondosis, sondern nach derjenigen, bei der ein Rehabilitationsprozess und damit die Auseinandersetzung mit der eigenen Person möglich werden. Durch die Selbstkonfrontation kann es zum Einbruch der Selbstwirksamkeit und zum Rückfall in die Gleichgewichts- oder

Tiefdosishaltung kommen. Diese Gruppe setzt sich hauptsächlich aus Patienten des Patienten-Typs A („Stabilisierer“) zusammen.

4.1.1.4.4 A-priori Einstellungsdimensionen

Nun geht es also darum, diese vier a-priori Patientengruppen anhand von typischen Einstellungen zu charakterisieren. Gesucht sind den Einstellungen zugrundeliegende Dimensionen, die für diese Gruppen typisch sind und diese Gruppen voneinander diskriminieren. Bei der Beschreibung der vier a-priori Patientengruppen sind bereits Bezeichnungen für mögliche, für diese Gruppen typische, Einstellungen verwendet worden. Es sind einerseits Wünsche und andererseits Haltungen postuliert worden. Diese Bezeichnungen haben zunächst rein deskriptiven Charakter und müssen nun zu hypothetischen Einstellungsdimensionen verdichtet werden.

In Abb. 5 ist der Prozess dieser Verdichtung der Wünsche und Haltungen, die zunächst die einzelnen a-priori Patientengruppen charakterisiert haben, zu a-priori Einstellungsdimensionen über zwei Ebenen schematisch dargestellt.

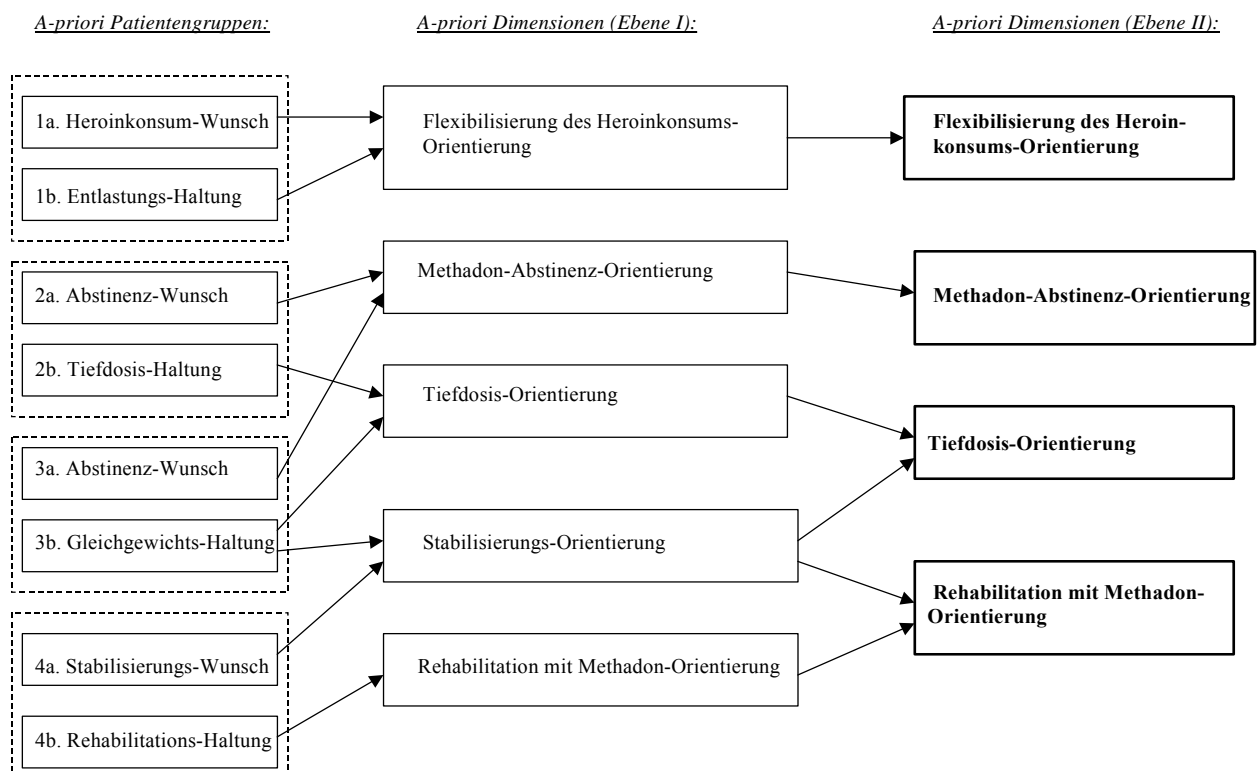


Abb. 5: Schematische Darstellung der Bildung von a-priori Einstellungsdimensionen

Ausgehend von der a-priori Gruppe 1 wird der Wunsch nach Heroinkonsum (1a) im Zusammenhang mit der Entlastungshaltung (1b) auf den Dimensions-Ebenen I und II zur „*Flexibilisierung des Heroinkonsums*“-Orientierung. Das Methadon dient im Rahmen dieser Orientierung vor allem als Ersatz, wenn kein Heroin vorhanden ist, oder die Patienten sich vom Stress auf der Gasse entlasten wollen. Patienten, bei denen diese Orientierung vorhanden ist, konsumieren entweder Heroin oder sie nehmen Methadon ein und sind dadurch vor Entzugssymptomen geschützt und vom Stress auf der Gasse entlastet.

Ausgehend von a-priori Gruppe 2 wird der unspezifische Wunsch nach Abstinenz (2a) im Zusammenhang mit der Tiefdosishaltung (2b) zur Orientierung auf die Abstinenz von Methadon („Methadon-Abstinenz-Orientierung“) und zur Tiefdosis-Orientierung auf Dimensions-Ebene I. Für Patienten der a-priori Gruppe 2 ist die Orientierung auf die Abstinenz von Methadon wichtiger, als die Orientierung auf die Abstinenz von Heroin. Die „*Methadon-Abstinenz-Orientierung*“ ist als Bedingung, dass diese Patienten überhaupt eine Methadonbehandlung beginnen, zu verstehen.

Die „*Tiefdosis-Orientierung*“ bildet sich aus den Einstellungen der Patienten aus den a-priori Gruppen 2 und 3. Bei Patienten aus der a-priori Gruppe 2 ist eine Methadonbehandlung grundsätzlich nur mit einer möglichst tiefen Dosis (2b) vorstellbar, weil sonst das Abstinenzziel zu sehr tangiert würde. Die Patienten aus a-priori Gruppe 3 haben zwar den Wunsch, sich mit Hilfe des Methadons zu stabilisieren (3a), wollen dies aber bei einer möglichst tiefen Dosis (3b) erreichen. In der Fassung der Tiefdosis-Orientierung auf Dimensions-Ebene II ist also auch die Stabilisierungs-Orientierung enthalten.

Die „*Rehabilitation mit Methadon-Orientierung*“ kommt vor allem durch Patienten aus der a-priori Gruppe 4 zustande. Darin enthalten sind der Wunsch nach Stabilisierung (4a) und die Rehabilitations-Haltung (4b). Anders als bei der Tiefdosis-Orientierung bedeutet hier die Stabilisierungs-Orientierung eine Orientierung auf Stabilisierung bei einer dafür adäquaten Methadondosis. Im Zusammenhang mit der Orientierung auf Rehabilitation wird diese Dimension auf Ebene II zur Rehabilitation mit Methadon-Orientierung.

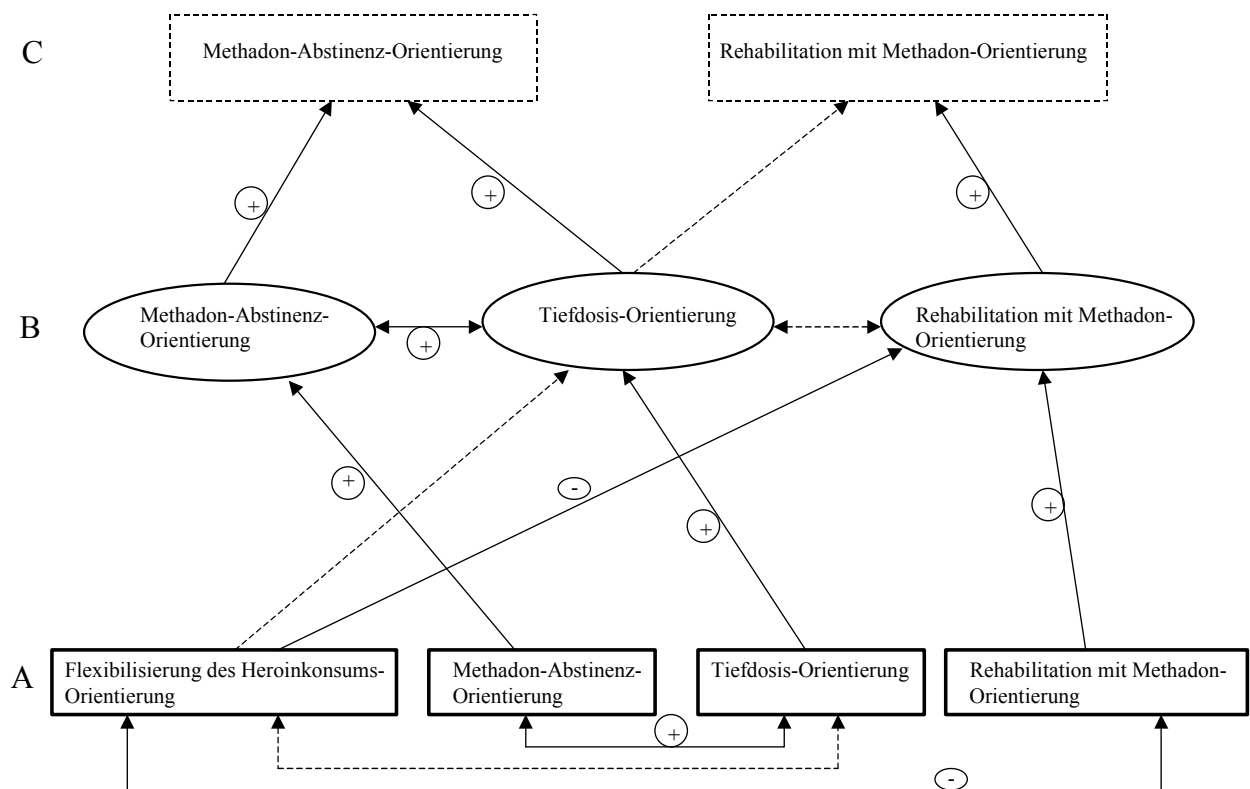


Abb. 6: Darstellung der vermuteten Zusammenhänge der a-priori Einstellungsdimensionen

In Abb. 6 ist dargestellt, welche Zusammenhänge der a-priori Einstellungsdimensionen untereinander angenommen werden und welche Einstellungsdimensionen höherer Ordnung daraus resultieren könnten. Positive Zusammenhänge sind mit einem „+“-Zeichen und negative Zusammenhänge mit einem „-“-Zeichen markiert. Bei unklaren Vermutungen sind die Zusammenhangs-Pfeile gestrichelt gezeichnet. Auf Ebene A sind die resultierenden a-priori Einstellungsdimensionen dargestellt (Ebene II in Abb. 5), auf den Ebenen B und C mögliche Dimensionen höherer Ordnung.

Der Vermutung nach hängt Methadon-Abstinenz-Orientierung positiv mit Tiefdosis-Orientierung und Rehabilitation mit Methadon-Orientierung negativ mit Flexibilisierung des Heroinkonsums-Orientierung zusammen. Unklar bleibt, ob allenfalls Tiefdosis-Orientierung und Flexibilisierung des Heroinkonsums-Orientierung zusammenhängen. Aufgrund dieser hypothetischen Zusammenhänge werden auf den Ebenen B und C, diese Zusammenhänge erklärende, Dimensionen höherer Ordnung vorgeschlagen. Auf Ebene B kommt die Flexibilisierung des Heroinkonsums-Orientierung auf den negativen Pol der Rehabilitation mit Methadon-Orientierung zu liegen. Auf Ebene C werden Tiefdosis-Orientierung und

Methadon-Abstinenz-Orientierung zu Methadon-Abstinenz-Orientierung vereint. Daraus lässt sich weiterführend die Grundhypothese für das Vorhandensein von typischen Einstellungen zum Methadon und zur Substitutionsbehandlung mit Methadon im Rahmen der quantitativen Befragung ableiten: Es gibt unter den Patienten in Methadon-Substitutionsbehandlung der Heroinabhängigkeit mindestens zwei typische Einstellungen zum Methadon und zur Substitutionsbehandlung mit Methadon: Einerseits eine Einstellung, die als Methadon-Abstinenz-Orientierung bezeichnet werden könnte und andererseits eine Einstellung die als Rehabilitation mit Methadon-Orientierung bezeichnet werden könnte. Methadon-Abstinenz-Orientierung beinhaltet im wesentlichen die Orientierung, das Methadon wenn immer möglich abzubauen und eine möglichst tiefe Dosis einzunehmen. Die Rehabilitation mit Methadon-Orientierung beinhaltet im wesentlichen die Orientierung auf eine Substitution des Heroins mit einer dafür geeigneten Methadondosis und das Anstreben rehabilitativer Ziele im Rahmen der Substitutionsbehandlung.

4.1.2 Konstruktion des self-report Fragebogens

Im Folgenden wird dargestellt, wie der self-report Fragebogen zusammengesetzt ist. Dieser Fragebogen soll aus Items zu den Einstellungen zum Methadon und zur Methadon-Substitutionsbehandlung und aus Items zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft und der Selbstwirksamkeitsüberzeugung bestehen.

4.1.2.1 Auswahl der Methadon-Einstellungs-Aussagen

Zunächst wird der Prozess der Auswahl der Methadon-Einstellungs-Items näher erläutert. Gesucht sind Items, die die, aufgrund der qualitativen Voruntersuchung postulierten, a-priori Einstellungsdimensionen möglichst umfassend repräsentieren. Zudem sollen diese Items eine hohe Akzeptanz bei den Probanden aufweisen. Dies bedeutet aber auch, dass die Item-Anzahl nicht zu gross werden darf und, dass die Formulierung der Items möglichst nahe bei der Alltagssprache der Population sein muss. Ziel ist, aus dem Pool von 376 Einstellungs-Aussagen rund ein Sechstel der Aussagen auszuwählen (63 Aussagen) und damit Methadon-Einstellungs-Items zu konstruieren, die eine hohe Augenscheinvalidität und Aussicht auf Akzeptanz bei den Probanden aufweisen.

Die Basis zur Auswahl der Items bilden die in Abb. 6 dargestellten a-priori Einstellungsdimensionen. Die Auswahl erfolgt aufgrund der drei Dimensionen auf Ebene B:

Methadon-Abstinenz-Orientierung, Tiefdosis-Orientierung und Rehabilitation mit Methadon-Orientierung. Diese Ebene wird vor allem darum gewählt, weil aufgrund der Voruntersuchung unklar geblieben ist, ob die auf Ebene A angenommene Dimension „Flexibilisierung des Heroinkonsums-Orientierung“ allenfalls überrepräsentiert ist und somit bei der Item-Auswahl ein zu grosses Gewicht hätte. Gegen die Übernahme der Dimensionen auf Ebene C spricht, dass da nicht mehr zwischen Tiefdosis-Orientierung und Methadon-Abstinenz-Orientierung differenziert wird, was zur Formulierung einer eher konservativen Grundhypothese durchaus Sinn macht, aber für den Auswahlprozess als zu restriktiv betrachtet wird. Die drei a-priori Einstellungsdimensionen auf Ebene B werden nun also als Kategorien zur Item-Auswahl übernommen.

Jede der 376 Einstellungs-Aussagen wird in einem ersten Schritt zu einer der drei Auswahl-Kategorien zugeordnet. Tab. 2 zeigt die Anzahl Einstellungs-Aussagen für jede der drei Kategorien, den prozentualen Anteil für die drei Kategorien und die daraus für jede Kategorie resultierende Item-Anzahl, wenn 63 Items ausgewählt werden sollen

Tab. 2: Darstellung der Anzahl Aussagen (Items), die für jede Kategorie ausgewählt werden sollen.

Auswahl-Kategorie:	Anzahl Einstellungs-Aussagen	%	Geforderte Item-Anzahl
Methadon-Abstinenz-Orientierung	98	26.0	16
Tiefdosis-Orientierung	193	51.3	32
Rehabilitation mit Methadon-Orientierung	85	22.7	15
total	376	100	63

Aus der Kategorie „Methadon-Abstinenz-Orientierung“ müssen 16 Einstellungs-Aussagen, aus der Kategorie „Tiefdosis-Orientierung“ 32 Einstellungs-Aussagen und aus der Kategorie „Rehabilitation mit Methadon-Orientierung“ 15 Einstellungs-Aussagen ausgewählt werden. Beide Autoren der vorliegenden Arbeit haben eine Auswahl nach den bereits genannten Kriterien getroffen, diese einer vergleichenden Diskussion unterzogen und sich auf eine Lösung geeinigt.

4.1.2.2 Itemkonstruktion und Probebefragung

Die 63 ausgewählten Einstellungs-Aussagen sind je nach Bedarf zur Erhöhung der Verständlichkeit noch geringfügig umformuliert worden. Alle Einstellungs-Aussagen sind in Form von Behauptungen („Statements“) formuliert worden. Konkret gemessen werden soll nun der Grad der Zustimmung zur einzelnen Behauptung. Zur Erfassung des Grades der Zustimmung ist als Antwortformat eine vier-stufige Likert-Skala gewählt worden. Zur Vermeidung der Erzeugung einer übermässigen zentralen Tendenz in den Antworten ist auf eine mittlere Antwortkategorie verzichtet worden. Die Skala wird sowohl numerisch, wie auch verbal verankert. Beispielhaft ist dazu ein Item aus dem verwendeten Fragebogen in Tab. 3 dargestellt.

Tab. 3: Beispielhafte Darstellung eines Einstellungs-Items aus dem self-report Fragebogen

	stimmt überhaupt nicht	stimmt ein wenig	stimmt ziemlich	stimmt voll und ganz
Wenn man es geschafft hat, mit dem Heroinkonsum aufzuhören, ist es wichtig zur Sicherheit auch noch weiterhin Methadon zu nehmen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Die so konstruierten 63 Einstellungs-Items sind im Rahmen einer Probebefragung sechs Patienten, die sich zum Befragungszeitpunkt in Methadon-Substitutionsbehandlung befanden, zur Beantwortung vorgelegt worden. Diese Probanden sind auf den Umstand einer Probebefragung hingewiesen und speziell gebeten worden, die Items bezüglich Verständlichkeit zu kommentieren. Diese Probebefragung hat zu einer Optimierung der Formulierungen einiger Items geführt. Zwei Items sind aufgrund mangelnder Akzeptanz bei den Probanden ganz weggelassen worden. Die definitive Version des Einstellungsteils des self-report Fragebogens umfasst also 61 Items, die zu Beginn des Fragebogens mit der in Abb. 7 dargestellten Instruktion platziert worden sind.

Die Probanden erhalten so eine möglichst präzise Anweisung zum Ausfüllen des Fragebogens. Zudem werden die Probanden darauf hingewiesen, dass nicht richtige oder falsche Antworten gesucht sind, sondern sie entsprechend ihrer persönlichen Meinung antworten sollen. Der vollständige self-report Fragebogen ist im Anhang (A2) zu finden.

Im Folgenden finden Sie zunächst 61 Aussagen zum Methadon und zur Methadonbehandlung. Wir bitten Sie, diese Aussagen mit dem Grad Ihrer Zustimmung zu bewerten. Dazu haben Sie jeweils vier Antwortmöglichkeiten zur Auswahl. Sie können mit einem Kreuz jene Antwort auswählen, die Ihrer Ansicht am besten entspricht.

Wenn Sie beispielsweise voll und ganz der Ansicht sind, Methadon sei eine zusätzliche Droge, welche einem nicht einmal eine positive Wirkung gibt, können sie das Kästchen mit der Überschrift „stimmt voll und ganz“ ankreuzen.

	stimmt überhaupt nicht	stimmt ein wenig	stimmt ziemlich	stimmt voll und ganz
Bsp. Methadon ist eine zusätzliche Droge, die einem nicht einmal eine positive Wirkung gibt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4

Es gibt hier keine richtigen oder falschen Antworten. Lesen Sie jede Aussage in Ruhe durch und antworten sie Ihrer persönlichen Meinung entsprechend. Bitte wählen Sie für jede Aussage nur eine Antwort aus.

Abb. 7: Instruktion zu den Einstellungs-Items im self-report Fragebogen

4.1.2.3 Weitere Items und Skalen

Der self-report Fragebogen ist durch die Items der Kurzform der Veränderungsstadien-Skala und die Items der Skala zur Erfassung der allgemeinen Selbstwirksamkeitsüberzeugung ergänzt worden. Zudem enthält der Fragebogen noch 16 Items zur Einstellung zum Subutex, einem alternativen Medikament zur Substitutionsbehandlung der Heroinabhängigkeit, die aber im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht weiter von Interesse sind.

Die Kurzform der Veränderungsstadien-Skala (VSS-k; Fecht et al., 1998) enthält insgesamt 16 Items. Diese Items verteilen sich auf vier Subskalen mit je vier Items. Diese Subskalen dienen der dimensionalen Erfassung von vier Veränderungsstadien des Transtheoretischen Modells: „precontemplation“, „contemplation“, „action“ und „maintenance“. Es ist eine geringfügige Anpassung der Items erfolgt. Der Ausdruck „Behandlung“ ist jeweils durch „Methadonbehandlung“ ersetzt worden. Die Skala zur Erfassung der allgemeinen Selbstwirksamkeitsüberzeugung (Jerusalem & Schwarzer, 1986a) enthält zehn Items. Diese und die 16 Items der VSS-k sollen wie bei den 61 Einstellungs-Items anhand der selben vierstufigen Likert-Skala beantwortet werden.

4.1.3 Standardisiertes Patienten-Interview

Anhand eines standardisierten Patienten-Interviews sind folgende Bereiche von Patienten-Merkmalen erhoben worden: Allgemeine Angaben zur Person, Angaben zur aktuellen Substitutionsbehandlung, Angaben zur Anamnese der Heroinabhängigkeit, Fragen zum Methadon und das Verhalten des Probanden in der Befragungssituation. Zudem ist ein spezieller Teil zur Psychotherapie-Evaluation in der aktuellen Substitutionsbehandlung und der Psychotherapie-Anamnese im Laufe der Datenerhebungsphase hinzugefügt worden. Dieses standardisierte Patienteninterview ist ebenfalls bei der Probebefragung eingesetzt und anschliessend bezüglich Verständlichkeit und Akzeptanz optimiert worden. Die definitive Version ist im Anhang (A3) zu finden.

4.2 Befragung der Patienten

4.2.1 Zusammenstellung der Stichprobe

Die Grundgesamtheit (Population) wird durch alle Patienten, die sich in der Stadt Zürich in einer Substitutionsbehandlung mit Methadon befinden, gebildet. Im Jahr 2004 waren im Kanton Zürich 3698 Personen in Behandlung (BAG, 2007), rund 60% davon in der Stadt Zürich. Dies ergibt für das Jahr 2004 schätzungsweise 2218 Personen in Methadonbehandlung in der Stadt Zürich. Aus dieser Grundgesamtheit soll eine möglichst repräsentative Stichprobe gezogen werden. Die Repräsentativität soll sich an den Kriterien Alter, Geschlecht und Behandlungseinrichtung orientieren und wird aufgrund der Zahlen aus dem Kanton Zürich beurteilt. Das Durchschnittsalter im Kanton Zürich für diese Patienten-Population beträgt 37 Jahre, der Frauen-Anteil liegt bei 30% und 45% der Patienten sind bei niedergelassenen Ärzten in Behandlung (Binkert et al., 2006). Einschlusskriterien im engeren Sinn sind ausreichende Deutschkenntnisse, die Fähigkeit zum Verständnis der Patienten-Einverständniserklärung und ein Alter zwischen 18 und 65 Jahren. Ausschlusskriterien sind ungenügendes Beherrschen der Deutschen Sprache, akute Intoxikationen mit psychoaktiven Substanzen oder psychotische Zustände im floriden Stadium (oder allgemeiner formuliert: die Unfähigkeit zum Verständnis der Patienten-Einverständniserklärung).

Bezüglich der Grösse der zu rekrutierenden Stichprobe sind folgende Überlegungen relevant: Aus der Sicht der geplanten faktorenanalytischen Auswertung der 61 Einstellungs-Items sollte die Stichprobe rund dreimal mehr Probanden als Items aufweisen (Backhaus et al., 2006), also rund 180 Personen. Im Hinblick auf die Generalisierbarkeit der Einstellungsdimensionen sollte die Stichprobe rund 150 Patienten umfassen, wenn davon ausgegangen werden kann, dass pro Faktor mindestens 10 Items substantielle Ladungen aufweisen werden (Guadagnoli & Velicer, 1988; zit. nach Bortz, 1999, S. 507). Grundsätzlich lässt sich die Faktorenanalyse durchführen, wenn die Probandenanzahl mindestens der Variablenanzahl entspricht. Da die Befragung von 150 oder gar 180 Probanden anhand der vorhandenen Untersuchungsinstrumente einen im Rahmen dieser Arbeit zu grossen Aufwand bedeuten würde, wird eine im Vergleich zur Variablenanzahl mindestens doppelte Probandenanzahl angestrebt (also mindestens 122 Probanden).

4.2.2 Rekrutierung

Die Strategien für die Rekrutierung der Patienten haben sich an den Patientenzahlen und den unterschiedlichen Abläufen der jeweiligen Behandlungseinrichtung der Stadt Zürich orientiert. In diesem Sinne können die Behandlungseinrichtungen im Rahmen dieser Arbeit folgendermassen gegliedert werden: Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, das „Züricher Opiat Konsum Lokal“ (ZOKL 1) der Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen (ARUD), die Praxis von Dr. med. A. Seidenberg und weitere Praxen von niedergelassenen Ärzten.

Zunächst wird das Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen (ZAE) der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich mit rund 330 Patienten in Substitutionsbehandlung mit Methadon betrachtet. In diesem Zusammenhang gilt es zu erwähnen, dass bei Beginn der Datenerhebung im Juli 2005 der Grossteil dieser Patienten noch im Drop-in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich behandelt wurde. Im September 2005 ist dann aber schon die Eingliederung des Drop-in in das neue Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen erfolgt. Die Patienten sind sowohl im Drop-in wie auch im Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen rekrutiert worden. Nach einer Informationsveranstaltung zur geplanten Studie sind einerseits Informationsblätter bei den Medikamentenabgabe-Schaltern angebracht worden, andererseits sind die Bezugspersonen der Patienten gebeten worden, die Patienten bezüglich einer Studienteilnahme anzufragen.

Im ZOKL1 ist die Rekrutierung der Patienten ähnlich verlaufen. Zunächst ist den Behandlungs-Verantwortlichen umfangreiches Informationsmaterial über die geplante Studie zugesandt worden. Danach ist das Behandlungsteam im Rahmen des internen Rapports über die geplante Studie informiert worden. Wiederum sind Informationsblätter neben dem Medikamentenabgabe-Schalter angebracht und die Bezugspersonen der Patienten gebeten worden, die Patienten bezüglich einer Studienteilnahme anzufragen.

Die Rekrutierung der Patienten von niedergelassenen Ärzten ist in etwas anderer Art und Weise erfolgt, als die Rekrutierung in den Institutionen. Zunächst sind alle niedergelassenen Ärzte der Stadt Zürich, die Substitutionsbehandlungen mit Methadon durchführen, brieflich angefragt worden, ob sie zu einer Zusammenarbeit im Rahmen dieser Studie bereit wären. Von den 124 angefragten Ärzten haben 47 eine Antwort gegeben (Quote: 37.9%). Davon haben sich 30 Ärzte zu einer Zusammenarbeit bereit erklärt. Dies ist rund ein Viertel (24.2%)

der niedergelassenen Ärzte in der Stadt Zürich, die Substitutionsbehandlungen mit Methadon durchführen. Die Patienten sind in individueller Absprache mit den jeweiligen Ärzten rekrutiert worden. Für die Praxis von Dr. med. A. Seidenberg ist ein spezielles Rekrutierungs-Procedere angewandt worden, da in dieser Praxis im Vergleich zu den anderen Praxen sehr viele Patienten mit Methadon behandelt werden (184 Patienten per Ende 2005). Wie im ZOKL 1 ist ein Informationsblatt neben dem Medikamentenabgabe-Schalter aufgehängt worden und die Patienten haben sich am Schalter für die Studie anmelden können.

4.2.3 Befragung

Vor Beginn der Befragung ist eine Bewilligung der Kantonalen Ethikkommission eingeholt worden (Bewilligung erteilt im März 2005). Zudem ist mit sechs Patienten des ehemaligen Drop-in eine Probebefragung durchgeführt worden (Mai und Juni 2005), anhand derer das Untersuchungsinstrument optimiert worden ist (s. Kap. 4.1.3.2).

Die zu befragenden Patienten haben jeweils zuerst das Patienten-Informationsblatt durchgelesen. Darin ist die Fragestellung der Studie und der Ablauf der Befragung in allgemein verständlicher Form beschrieben. Danach ist die Patienten-Einverständniserklärung zur Unterzeichnung vorgelegt worden. Nach erfolgter Unterschrift des Patienten und des Interviewers ist dem Patienten der self-report Fragebogen vorgelegt worden. Der Patient ist gebeten worden, den Einführungstext des Fragebogens durchzulesen und den Fragebogen entsprechend den Vorgaben zu beantworten. Die Patienten sind jeweils darauf hingewiesen worden, bei Unklarheiten jederzeit Fragen zu den einzelnen Items zu stellen. Nach Beendigung des Ausfüllens des self-report Fragebogens sind die Patienten jeweils gefragt worden, ob sie alle Items verstanden und beantwortet hätten, und diesbezügliche Unklarheiten geklärt worden. Danach sind die Patienten anhand des standardisierten Interviews befragt worden. Zum Schluss hat jeder Patient, der die Befragung beendet hat, eine Aufwandentschädigung von SFr. 20.- erhalten.

Der erste Patient ist Mitte Juli 2005 befragt worden, der letzte Patient Ende November 2006. Insgesamt haben 125 Patienten befragt werden können.

4.2.4 Datenmanagement

Die Daten sind laufend in ein Daten-Dokument des Statistik Software-Pakets SPSS (Version 11.5) eingegeben und kontrolliert worden. Als Grundlage für die Datenauswertung sind folgende Neubildungen von Variablen vorgenommen worden:

Verlauf der Methadondosis: Die Höhe der Methadondosis ist für den Befragungszeitpunkt, aber auch für jeden der zurückliegenden Monate bis sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt erhoben worden. Diese Variablen sind zunächst zu einer kategorialen Variable zusammengefügt worden. 1. „Stabiler Verlauf“, 2. „Dosis-Reduktion“ (zu mindestens einem der Zeitpunkte von mehr als 1/6 der Ausgangsdosis sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt), 3. „Dosis-Erhöhung“ (zu mindestens einem der Zeitpunkte von mehr als 1/6 der Ausgangsdosis sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt), 4. „Instabiler Verlauf“ (Reduktion und Erhöhung von mehr als 1/6 der Ausgangsdosis sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt). Mit dem Ziel, diejenigen Patienten identifizieren zu können, die ihre Methadondosis in den letzten sechs Monaten vor dem Befragungszeitpunkt um mehr als einen Sechstel der Ausgangsdosis abgebaut haben, ist noch eine binäre kategoriale Variable durch weitere Zusammenfassung der vier Kategorien gebildet worden: 1. „Dosis stabil oder Erhöhung“, 2. „Dosis instabil oder Reduktion“.

Behandlungsziel: Diese Variable hat im Original zwölf Kategorien und kann für die statistischen Auswertungen vereinfacht werden. Es wird eine neue Variable mit vier Kategorien gebildet: 1. Abstinenz vor Rehabilitation, 2. Substitution bei möglichst tiefer Dosis, 3. Substitution mit adäquater Dosis, 4. Abstinenz nach erreichter Rehabilitation.

Heroinkonsum: Die dem „Addiction Severity Index“ (ASI) (McLellan et al., 1992) entnommene Variable, die die Anzahl Tage mit Heroinkonsum in den letzten 30 Tagen vor dem Befragungszeitpunkt erfragt, ist in eine vereinfachte neue Variable mit folgenden Kategorien überführt worden: 1. Kein Heroin konsumiert, 2. Heroin konsumiert.

Verlangen nach Heroinkonsum: Diese Variable ist analog zur Variable „Heroinkonsum“ mit folgenden Kategorien gebildet worden: 1. Kein Verlangen nach Heroin, 2. Verlangen nach Heroin.

Wahrgenommene Kongruenz des Ziels bezüglich Dosis: Zur Bildung dieser Variable sind zwei Originalvariablen zusammengeführt worden. Diese neue Variable repräsentiert die Kongruenz zwischen dem Ziel des Patienten bezüglich seiner Methadondosis und dem vermuteten Ziel der behandelnden Person aus der Sicht des Patienten. Sie weist folgende Kategorien auf: 1. Kongruenz der Ziele, 2. Inkongruenz der Ziele.

Alle Auswertungsprozeduren im Rahmen dieser Arbeit sind mit SPSS (Version 11.5) durchgeführt worden.

4.2.5 Beschreibung der Patienten-Stichprobe bezüglich der Repräsentativität

Die Stichprobe der Patienten umfasst n=125 Patienten. Damit ist das in Kap. 4.2.1 formulierte Minimalziel von 122 Patienten erreicht worden. Als Grundlage zur Beurteilung der Repräsentativität der Stichprobe zeigt Tab. 4 die Verteilungs-Kennwerte der Variablen Alter, Geschlecht und Behandlungseinrichtung in der Stichprobe und zum Vergleich bei allen Patienten im Kanton Zürich.

Tab. 4: Verteilungs-Kennwerte der Variablen Alter, Geschlecht und Behandlungseinrichtung in der Stichprobe und im Kanton Zürich

Variable:	Stichprobe :		Kanton ZH :
Alter (Jahre)	M = 35.3	SD = 7.8	<i>M = 37</i>
Geschlecht	22.4% Frauen	77.6% Männer	<i>30% Frauen</i>
Behandlungseinrichtung	36% bei Niedergelassenen	64% in Institutionen	<i>45% bei Niedergelassenen</i>

Die befragten Patienten sind im Mittel rund 1.5 Jahre jünger, als alle Patienten im Kanton Zürich. 22.4% der befragten Patienten sind weiblichen Geschlechts im Gegensatz zu 30% im Kanton Zürich. 36% der befragten Patienten sind bei niedergelassenen Ärzten in Behandlung, wogegen im Kanton Zürich 45% der Patienten bei niedergelassenen Ärzten in Behandlung sind. Die Patienten der vorliegenden Stichprobe sind im Vergleich zu allen Patienten im Kanton Zürich geringfügig jünger, eher männlichen Geschlechts und eher bei Institutionen in Behandlung. Trotzdem kann gesagt werden, dass es gelungen ist, eine bezüglich dieser Kriterien annähernd repräsentative Stichprobe zu befragen.

4.3 Befragung der Behandelnden

Zusätzlich zur Befragung der Patienten sind auch die Behandelnden dieser Patienten zu ihren Einstellungen zur Substitutionsbehandlung mit Methadon befragt worden. Zu diesem Zweck ist ebenfalls ein spezielles Untersuchungsinstrument entwickelt worden. Es enthält einerseits eine schon verschiedentlich verwendete Abstinenzorientierungs-Skala (Gerlach & Caplehorn, 1999) und andererseits aber auch, auf der Basis einer Zwischenauswertung der Patienten-Einstellungen entwickelte, neue Einstellungs-Items, die einen Vergleich zwischen Patienten und Behandelnden ermöglichen sollen. Im Folgenden wird die Entwicklung dieses Instruments und die Befragung der Behandelnden anhand dieses Instruments beschrieben.

4.3.1 Konstruktion des self-report Fragebogens für die Behandelnden

Zunächst wird jetzt also erläutert, wie das Instrument zur Befragung der Behandelnden entwickelt worden ist. Dieses Instrument muss folgende Bedingungen erfüllen: Es muss die Vergleichbarkeit mit den Einstellungen der Patienten gewährleisten und es sollte bei den Behandelnden eine hohe Akzeptanz aufweisen. Einerseits müssen also Items enthalten sein, die möglichst unverändert vom Patienten-Fragebogen übernommen werden. Andererseits müssen diese Items aber auch aus der Perspektive der Behandelnden genügend Verständlichkeit aufweisen. Zudem sollte das Instrument möglichst kurz sein, damit es von möglichst vielen Behandelnden ausgefüllt wird.

4.3.1.1 Auswahl von Items aus der Patientenbefragung

Zur Grundlage der Itemauswahl für die Befragung der Behandelnden ist bei einer Patienten-Stichprobengröße von $n=104$ eine Zwischenauswertung mit den 61 Einstellungs-Items durchgeführt worden. Diese Zwischenauswertung hat im wesentlichen in einer Hauptkomponentenanalyse bestanden. Dies ist ein spezielles, mit der Faktorenanalyse verwandtes Verfahren, anhand dessen die Items aufgrund ihrer Korrelationen zueinander gruppiert werden.

Die Betrachtung der Korrelationsmatrix der 61 Einstellungs-Items mit 104 Patienten zeigt zunächst zwar einen hochsignifikanten Bartlett-Test ($\chi^2 = 2892.9$; $df=1830$; $p<0.001$) aber einen nur ganz knapp genügenden Wert für die Angemessenheit der Stichprobe für das Verfahren ($MSA=0.579$).

Der Eigenwertverlauf (10.5–4.3–2.7–2.6–2.4–2.1–2.0–1.9–1.6–1.5–...) deutet auf eine 2-Faktorenlösung hin. In Übereinstimmung mit dem a-priori Modell wird eine forcierte 4-Faktorenlösung gerechnet. Die orthogonal nach dem Variamax-Kriterium rotierten Faktoren werden folgendermassen interpretiert (s. Varimax-rotierte Komponentenmatrix im Anhang B1): Tiefdosis-Orientierung (1), Methadon-Abstinenz-Orientierung (2), Rehabilitation mit Methadon-Orientierung (3) und Flexibilisierung des Heroinkonsums-Orientierung (4). Die Auswahl der Items für die Bildung von Skalen zur Erfassung dieser Faktoren richtet sich nun nach der Höhe der Faktorladung. Es werden alle Items ausgewählt, die eine Faktorladung von über 0.50 zum zugehörigen Faktor aufweisen und so durch Aufsummierung vier Skalensummenwerte gebildet. Dies sind zwölf Items für die Tiefdosis-Orientierungs-Skala, sechs Items für die Methadon-Abstinenz-Orientierungs-Skala, sechs Items für die Rehabilitation mit Methadon-Orientierungs-Skala und fünf Items für die Heroinkonsum-Orientierungs-Skala. Insgesamt sind so 29 Items ausgewählt worden. Diese Item-Auswahl ist durch Itemanalysen für jede der vier Skalen weiterführend überprüft worden. Tab. 5 zeigt die internen Konsistenzen (Cronbach's α) als Kennwert für die Reliabilität der vier Skalen. Die Reliabilität fällt insgesamt befriedigend aus. Die Werte der internen Konsistenzen sind für Forschungszwecke durchwegs genügend.

Tab. 5: Interne Konsistenzen der vier Skalen

Skala:	α
Tiefdosis-Orientierungs-Skala	.84
Methadon-Abstinenz-Orientierungs-Skala	.67
Rehabilitation mit Methadon-Orientierungs-Skala	.71
Flexibilisierung des Heroinkonsums-Orientierungs-Skala	.63

In einem weiteren Schritt sind dann die Items, falls nötig, für die Perspektive der Behandelnden umformuliert worden. Die Flexibilisierung des Heroinkonsums-Orientierungs-Skala ist somit für die Perspektive der Behandelnden zur Heroinkonsum-Toleranz-Orientierungs-Skala geworden. Für die anderen drei Skalen sind die Bezeichnungen beibehalten worden.

4.3.1.2 Abstinenzorientierungs-Skala und weitere Items

Zusätzlich sind noch zehn Items der Abstinenzorientierungs-Skala von Gerlach und Caplehorn (1999) in den Fragebogen für die Behandelnden integriert worden. Diese Skala ist in der Englischen Version bezüglich Reliabilität und Validität mehrfach überprüft worden (Caplehorn et al., 1998; Caplehorn et al., 1997; Caplehorn et al., 1996c; Caplehorn et al., 1996b; Caplehorn et al., 1996a) und hat sich auch in der Deutschen Fassung bewährt (s. Gerlach & Caplehorn, 1999). Diese Skala dient in der vorliegenden Untersuchung als Referenz-Skala. Die Skalen für Tiefdosis-Orientierung und Methadon-Abstinenz-Orientierung sollten hoch mit der Abstinenzorientierungs-Skala korrelieren und würden in diesem Falle konvergente Validität aufweisen. Die Skala für die Rehabilitation mit Methadon-Orientierung sollte hingegen nicht mit der Abstinenzorientierungs-Skala korrelieren und würde in diesem Falle diskriminante Validität aufweisen. Die Skala für Heroinkonsum-Toleranz-Orientierung sollte moderat negativ mit der Abstinenzorientierungs-Skala korrelieren, da sich eine mittlere Korrelation zwischen einer vergleichbaren Skala und der Abstinenzorientierungs-Skala gezeigt hat (Kang et al., 1997).

Der Fragebogen ist noch mit Items zu Alter, Geschlecht, Beruf und institutioneller Zugehörigkeit ergänzt worden. Zudem sind die Behandelnden gebeten worden, ihren Namen anzugeben, damit sie ihren Patienten zugeordnet werden können. Die einzelnen Items des Fragebogens für die Behandelnden können im Anhang (A4) nachgelesen werden.

4.3.2 Rekrutierung und Stichprobe der Behandelnden

Die Rekrutierung der Behandelnden ist der entsprechenden Behandlungseinrichtung angepasst worden. Den Behandelnden aus dem ZAE ist der Fragebogen per interner Post mit einem kurzen Begleitbrief zugesandt worden. Den Behandelnden aus dem ZOKL 1 ist der Fragebogen ebenfalls, nach einer persönlichen Präsentation des Forschungsvorhabens, per interner Post zugesandt worden. Den 30 infrage kommenden niedergelassenen Ärzten (jene, die sich zur Teilnahme am Projekt bereit erklärt haben) ist der Fragebogen per Post mit entsprechendem Begleitbrief und frankiertem Rückantwortcouvert zugesandt worden. Die Daten der zurückerhaltenen Fragebögen sind in ein SPSS-Daten-Dokument eingegeben worden.

Die Stichprobe der Behandelnden umfasst n=34 Personen. 44 % sind weiblichen Geschlechts. Das Durchschnittsalter beträgt 46.3 Jahre (die Standardabweichung beträgt 8.1 Jahre). 56% der Stichprobe sind Behandelnde aus Privat-Praxen, 20% arbeiten im ZOKL 1 und die restlichen 24% im ZAE. 20 dieser 34 Probanden (58.8%) behandeln mindestens einen der 125 befragten Patienten. Demgegenüber sind 102 der 125 befragten Patienten bei einem der 34 befragten Probanden in Behandlung (81.6%).

4.4 Auswertungsschritte

4.4.1 Typische Einstellungen zum Methadon und zur Substitutionsbehandlung mit Methadon

4.4.1.1 Deskriptive Auswertung der 61 Einstellungs-Items

Bei der deskriptiven Auswertung der 61 Einstellungs-Items werden die Items hauptsächlich bezüglich der Verteilungen beurteilt. Es werden die Kennwerte Mittelwert (M), Standardabweichung (s) und die Itemschwierigkeitsindizes p_i (Schwierigkeit, dem Item zuzustimmen) betrachtet.

Die Itemschwierigkeit p_i ist bei mehrstufigen Items folgendermassen definiert (Bortz & Döring, 1995, S. 199):

$$p_i = (\sum_{m=1}^n x_{im}) / (k_i \cdot n)$$

Die Itemschwierigkeit p_i ist also die Summe der erreichten Punkte (x_i) auf dem Item i dividiert durch die maximal erreichbare Punktsumme dieses Items (maximale Punktzahl, die eine Person auf diesem Item erreichen kann multipliziert mit der Anzahl der Antwortenden Personen: $k_i \cdot n$). Der Wertebereich von p_i liegt anhand dieser Formel zwischen 0 (schwerstes Item) und 1 (leichtestes Item), wenn der Wert der tiefsten Antwortkategorie 0 ist. Die im self-report Fragebogen verwendete Antwortskala von 1 („stimmt überhaupt nicht“) bis 4 („stimmt voll und ganz“) lässt anhand dieser Formel aufgrund des Werts der tiefsten Antwortkategorie (1) aber nur einen Wertebereich von 0.25 bis 1 zu, da im Falle der stärksten Schwierigkeit $p_i = (n-1)/(4 \cdot n) = 1/4 = 0.25$ wäre. Demzufolge muss für die Errechnung des Schwierigkeitsgrades p_i die Formel folgendermassen korrigiert werden:

$$p_i = (\sum_{m=1}^n (x_{im} - 1)) / ((k_i - 1) \cdot n)$$

Im Rahmen der klassischen Testtheorie wird gefordert, dass der Schwierigkeitsgrad eines Items zwischen 0.2 und 0.8 liegen sollte (Bortz & Döring, 1995, S. 199). Dies ist aber für diese Untersuchung zu restriktiv, da einige Items sehr sensible Bereiche der Probanden thematisieren (z. B. Heroinkonsum im Rahmen der Methadon-Substitutionsbehandlung) und darum auch bei extremer Schwierigkeit ($p_i < 0.2$) beibehalten werden sollten. Grundsätzlich sollen alle Items in die weitere multivariate Auswertung einbezogen werden. Auch bei extrem

hoher oder extrem tiefer Schwierigkeit soll der Informationsbeitrag des Items für die multivariaten Auswertungen erhalten bleiben.

4.4.1.2 Korrelationsmatrix der 61 Einstellungs-Items

Bevor die geplante Faktorenanalyse durchgeführt werden kann, müssen einige wenige Bedingungen, die an die zu analysierende Korrelationsmatrix gestellt sind, erfüllt sein. Die Variablen sollten in der Population grundsätzlich miteinander korreliert sein. Zudem sollten die Variablen in einem bestimmten Masse miteinander korrelieren. Zur Überprüfung dieser Anforderungen werden zwei Verfahren angewendet:

Die Korrelationsmatrix der 61 Einstellungs-Items wird zuerst durch den „*Bartlett Test of Sphericity*“ beurteilt. Dieser Test schätzt, inwiefern diese 61 Variablen in der Population miteinander korreliert sind. Dabei wird die Nullhypothese (H_0) überprüft, dass die Variablen (61 Einstellungs-Items) in der Population unkorreliert sind. Grundlage für die Faktorenanalyse ist nun, dass H_0 verworfen werden und die Alternativhypothese (H_1), dass die Variablen in der Population korreliert sind, angenommen werden kann.

Als weiterer Hinweis für die Güte der Korrelationsmatrix wird das Mass für die Stichprobenangemessenheit beurteilt. Dieses sogenannte „*measure of sampling adequacy (MSA)*“ zeigt an, wie gut die an einer bestimmten Stichprobe ermittelte Korrelationsmatrix bestimmter Items für eine Faktorenanalyse geeignet ist (Backhaus et al., 2006, S. 276). Der Wertebereich für MSA liegt zwischen 0 und 1. Der MSA-Wert wird gemäss Kaiser und Rice (1974; zit. nach Backhaus et al., 2006, S. 276) folgendermassen bewertet:

$MSA \geq 0.90$	marvelous („erstaunlich“)
$MSA \geq 0.80$	meritorious („verdienstvoll“)
$MSA \geq 0.70$	middling („ziemlich gut“)
$MSA \geq 0.60$	mediocre („mittelmässig“)
$MSA \geq 0.50$	miserable („kläglich“)
$MSA < 0.50$	unacceptable („untragbar“)

Gemäss dieser Bewertung sollte der MSA-Wert mindestens 0.50 betragen, damit die Durchführung einer Faktorenanalyse zulässig ist. Falls der Wert geringer ausfällt müssen diejenigen Variablen aussortiert werden, die nur in geringem Masse mit anderen Variablen

korrelieren. Für die vorliegende Untersuchung wird aufgrund der Erfahrung aus der Zwischenauswertung nach $n=104$ (s. Kap. 4.3.1.1) ein MSA-Wert von über 0.60 erwartet.

4.4.1.3 Anzahl relevanter Einstellungsdimensionen (Faktoren)

Zur Erklärung der, der Korrelationsmatrix zugrundeliegenden Struktur sind so viele Faktoren wie nötig und so wenige wie möglich gesucht. Es soll also möglichst viel Varianz von möglichst wenigen gut interpretierbaren Faktoren erklärt werden. Dies wäre mit einer Faktorenstruktur der Fall, deren Faktoren gut interpretierbar sind und die auch an anderen Stichproben der selben Population replizierbar wären.

Das Verfahren zur Faktorenextraktion muss je nach Fragestellung angepasst werden. Geht es primär darum, die Variablen zu gruppieren, ist die *Hauptkomponentenanalyse* das Verfahren der Wahl (s. Anwendung bei der Auswahl der Items für die Zwischenauswertung zur Konstruktion des Fragebogens für die Behandelnden). Soll es aber darum gehen die Ursache der Zusammenhänge der Variablen zu benennen muss als Extraktionsverfahren die *Hauptachsenanalyse* gewählt werden (Backhaus et al, 2006, S. 293). Dies wird für die Hauptauswertung bei den Patienten gemacht. Zur weiteren Veranschaulichung des Unterschieds beider Verfahren sei die bei der Interpretation der extrahierten Faktoren zentrale Frage für beide Verfahren erwähnt:

Hauptkomponentenanalyse (HKA): wie lassen sich die auf einen Faktor hoch ladenden Variablen durch einen Sammelbegriff (Komponente) zusammenfassen?

Hauptachsenanalyse (HAA): wie lässt sich die Ursache bezeichnen, die für die hohen Ladungen der Variablen auf diesem Faktor verantwortlich ist?

Die Hauptachsenanalyse ist eindeutig das Verfahren der Wahl, da sie wie die Hauptkomponentenanalyse mithilft, eine möglichst gute Einfachstruktur zu erzeugen und zudem die Interpretierbarkeit der Faktoren aufgrund eines Bedeutungszusammenhanges ermöglicht. Die Variablen sollen also nicht bloss gruppiert werden, sondern die, für die Gruppierung verantwortliche, Ursache (die typische Einstellung) soll interpretiert werden können.

Eine erste Möglichkeit für die Bestimmung der Anzahl relevanter Faktoren bietet das Kaiser-Guttman-Kriterium (s. Bortz, 1999, S. 528). Die Anzahl der Faktoren wird durch die Anzahl der Faktoren mit einem Eigenwert über 1 bestimmt (ein Faktor klärt somit mehr Varianz auf, als es ein einzelnes Item tun würde). Dieses Kriterium führt bei hoher Variablenanzahl häufig zur Extraktion von zu vielen Faktoren mit kaum interpretierbaren Ladungsmustern (Zwick & Velicer, 1986; zit. nach Bortz, 1999, S. 528). Aufgrund der, in der vorliegenden Untersuchung, relativ hohen Variablenanzahl (61 Einstellungs-Items) ist damit zu rechnen, dass anhand dieses Kriteriums die Frage nach der Anzahl relevanter Faktoren unbeantwortet bleibt.

Ein diesbezüglich geeigneteres Verfahren ist der Scree-Test. Anhand dieses graphischen Tests von Cattell (1966, zit. nach Bortz, 1999, S. 528) wird der Punkt gesucht, ab dem die folgenden Faktoren nur noch unbedeutende Restvarianz erklären. Dieser Punkt kann sich in der graphischen Darstellung des Eigenwertverlaufs (y-Achse: Eigenwert; x-Achse: Nummer des einzelnen Faktors) als „Knick“ mehr oder weniger deutlich zeigen.

Obwohl es zur Bestimmung der optimalen Faktoren-Anzahl keinen eigentlichen Signifikanztest gibt, kann anhand der Maximum-likelihood Methode ermittelt werden, inwiefern ein, an einer Stichprobe ermitteltes, Modell mit einer bestimmtem Faktorenanzahl vom geschätzten Faktorenmodell der Population abweicht. Bei dieser Methode bleibt allerdings unklar, inwiefern eine multivariate Normalverteilung der Ausgangsvariablen in der Population angenommen werden muss (s. Bortz, 1999, S. 514). Dies ist ein erheblicher Nachteil dieser Methode, da im Allgemeinen bei der Faktorenanalyse keine Bedingungen bezüglich der Verteilungen der Ausgangsvariablen in der Population gestellt werden (Backhaus, 2006, S. 269ff).

Im Rahmen der in der vorliegenden Arbeit zu analysierenden Korrelationsmatrix von 61 Items, die von 125 Personen beantwortet worden sind, wird in erster Linie versucht werden, die optimale Faktorenanzahl aufgrund des Scree-Tests zu bestimmen. Zur Kontrolle besteht die Möglichkeit, anhand der Maximum-likelihood Methode, die minimale Anzahl erforderlicher Faktoren zu bestimmen. Bei mehreren möglichen Lösungen, müssen die resultierenden Faktorenstrukturen bezüglich Interpretierbarkeit und Generalisierbarkeit miteinander verglichen werden.

Auch bei der Auswahl eines angemessenen Rotationsverfahrens spielen die Überlegungen bezüglich Interpretierbarkeit und Generalisierbarkeit eine wichtige Rolle. Grundsätzlich wird von der Faktoren-Rotation die Erzeugung von einer möglichst ausgeprägten Einfachstruktur gefordert. Dies bedeutet, dass die Items nur substantiell auf dem zugehörigen Faktor laden sollen (Hauptladungen) und die Ladungen auf anderen Faktoren (Nebenladungen) möglichst gering ausfallen sollen. Das Verfahren der Wahl zur Erzeugung einer möglichst ausgeprägten Einfachstruktur ist die orthogonale Rotation nach dem Varimax-Kriterium (s. Bortz, 1999, S. 532). Wie bei der Darstellung des a-priori Faktorenmodells erläutert, wird davon ausgegangen, dass die relevanten Einstellungsdimensionen in der Population teilweise miteinander korreliert sind. Demzufolge sollte versucht werden, die Faktoren schiefwinklig zu rotieren. Dabei muss ein Rotationsverfahren angewendet werden, das die Einfachstruktur trotz schiefwinkliger Rotation möglichst beibehalten kann. Dafür bietet sich die Rotation nach dem Promax-Kriterium an. Das ist ein Verfahren, das zunächst orthogonal nach dem Varimax-Kriterium rotiert und dann je nach vorgegebenem Winkel zusätzlich schiefwinklig rotiert. Die resultierenden Faktoren sollten aber nicht zu hoch miteinander korrelieren (obere Grenze: $r \approx 0.50$) damit die Konstrukte trotzdem noch angemessen voneinander differenziert werden können. Die in diesem Falle resultierenden Primärfaktoren müssen dann aber nochmals einer Faktorenanalyse unterzogen werden. Die Sekundärfaktoren werden nach dem Varimax-Kriterium orthogonal rotiert, ausser es liesse sich noch ein Terziärfaktor vermuten.

4.4.1.4 Kriterien zur Auswahl von geeigneten Faktorenlösungen

Wie bereits mehrfach erwähnt sind die beiden Hauptkriterien zur Auswahl geeigneter Faktorenlösungen die Interpretierbarkeit und die Generalisierbarkeit. Bezüglich Interpretierbarkeit müssen die Inhalte der Items, die auf einem Faktor substanzielle Ladungen aufweisen, betrachtet werden. Bezüglich der generalisierenden Interpretation einer Faktorenstruktur müssen folgende Bedingungen erfüllt sein (Guadagnoli & Velicer, 1988; zit. nach Bortz, 1999, S. 507):

- In der Planungsphase muss dafür gesorgt sein, dass auf jeden erwarteten Faktor 10 oder mehr Variablen entfallen. Dann ist ein Stichprobenumfang von $n \approx 150$ ausreichend.
- Wenn auf jedem bedeutsamen Faktor mindestens 4 Variablen Ladungen > 0.60 aufweisen kann die Faktorenstruktur ungeachtet der Stichprobengrösse generalisiert werden.

- Das selbe gilt für Faktorenstrukturen mit 10 bis 12 Variablen mit Ladungen >0.40 .
- Wenn nur wenige Variablen geringfügig laden sollten die Faktoren nur interpretiert werden wenn $n>300$ ist. Wenn $n<300$ ist die Interpretation von einer Replikation abhängig zu machen.

In diesem Zusammenhang kann auch eine Gleichung zur Stabilität der Faktorenstruktur (FS) von Guadagnoli und Velicer (1988; zit. nach Bortz, 1999, S. 507) angewendet werden:

$$FS = 1 - (1.10 \cdot x_1 - 0.12 \cdot x_2 + 0.066)$$

$$x_1 = 1 / \sqrt{n}$$

$x_2 =$ minimaler Ladungswert, der bei der Interpretation der Faktoren berücksichtigt wird

Faktorenstrukturen mit $FS < 0.80$ sollten nicht interpretiert werden. Eine gute Übereinstimmung zwischen „wahrer“ und stichprobenbedingter Faktorenstruktur liegt vor wenn $FS \geq 0.90$.

In einem weiteren Schritt soll zudem die Reliabilität der einzelnen Faktoren bestimmt werden. Dazu wird für jeden Faktor die interne Konsistenz (Cronbach's α) für die Skala aus den Items mit Ladungen >0.35 berechnet. Damit wird die Reliabilität eines Faktors tendenziell unterschätzt, da bei diesem Verfahren davon ausgegangen wird, dass alle Variablen die gleiche Ladung zum zugehörigen Faktor haben. Für die Reliabilität einer Skala wird im Hinblick auf eine allfällige diagnostische Anwendung der Skalen ein α von mindestens 0.80 gefordert (Bortz & Döring, 1995, S. 184). Im Rahmen dieser Arbeit wird ein α von mindestens 0.70 als befriedigend betrachtet.

Wie bei der Darstellung der a-priori Einstellungsdimensionen (Kap. 4.1.2.4.3) bereits ausgeführt, wird erwartet, dass mindestens zwei verschiedene Faktoren extrahiert werden können. Ein erster Faktor würde danach den Bereich der Methadon-Abstinenz- und Tiefdosis-Orientierung repräsentieren. Ein zweiter Faktor würde den Bereich der Rehabilitation mit Methadon-Orientierung repräsentieren. Möglicherweise gibt es aber durchaus weitere substanzielle Faktoren. Allenfalls lässt sich ein hierarchisches Modell mit einigen Primärfaktoren (Methadon-Abstinenz-Orientierung, Tiefdosis-Orientierung, Rehabilitation mit Methadon-Orientierung und Flexibilisierung des Heroinkonsums-Orientierung) und den

genannten zwei Sekundärfaktoren erzeugen. Für die Faktoren, die im Rahmen der weiterführenden Auswertungen verwendet werden, werden Faktorwerte nach der Regressionsmethode gebildet.

4.4.1.5 Zusammenhänge mit weiteren Variablen

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird weiterführend die Frage nach Zusammenhängen der typischen Patienten-Einstellungen mit den Skalen der VSS-k, der Skala zur Erfassung der allgemeinen Selbstwirksamkeitsüberzeugung und klinischen Merkmalen der Methadon-Substitutionsbehandlung gestellt.

Es wird vermutet, dass ein negativer Zusammenhang zwischen den Einstellungsdimensionen aus dem Bereich Methadon-Abstinenz-/Tiefdosis-Orientierung und der aktuellen Methadondosis besteht. Dies wird anhand der Produkt-Moment-Korrelation getestet werden.

Zudem wird vermutet, dass Einstellungsdimensionen aus dem Bereich Methadon-Abstinenz-/Tiefdosis-Orientierung positiv mit einer substanziellen Reduktion der Methadondosis in den letzten sechs Monaten vor dem Befragungszeitpunkt zusammenhängen. Dies wird anhand von Rangkorrelationen und einer logistischen Regression mit der dichotomen abhängigen Variablen (stabiler Dosis-Verlauf vs. Reduktion der Dosis) und den Einstellungsdimensionen, soziodemographischen Variablen, Skalen der VSS-k, Selbstwirksamkeits-Skala und anderer klinischer Variablen als unabhängige Variablen getestet werden.

Des Weiteren wird vermutet, dass die allfällige typische Einstellung „Flexibilisierung des Heroinkonsums-Orientierung“ (s. a-priori Einstellungsdimensionen) positiv mit dem selbst berichteten Konsum von Heroin zusammenhängt. Dies wird anhand der Rangkorrelation (Spearman's ρ) getestet werden.

Bezüglich der Skalen der VSS-k (Kurzform der Veränderungsstadien-Skalen; Fecht et al., 1998) wird vermutet, dass ein Zusammenhang der typischen Einstellungen mit der „action“-Skala besteht. Die „action“-Skala misst das aktive Unternehmen von Veränderung im Rahmen einer Behandlung. Die Hypothese lautet nun, dass die Orientierung auf Methadonabstinenz und die Orientierung auf Rehabilitation mit Methadon im selben Umfang positiv mit der „action“-Skala zusammenhängen, da sich ein Patient, der im Rahmen der Methadon-Abstinenz-Orientierung die Methadondosis aktiv reduziert, subjektiv genauso in

der aktiven Veränderung befinden kann wie ein Patient, der im Rahmen der Methadon-Substitutionsbehandlung Rehabilitationsschritte unternimmt. Einerseits wird die Nullhypothese (H_0) getestet, dass die „action“-Skala nicht mit den beiden typischen Einstellungen zusammenhängt. Falls diese H_0 verworfen werden kann und beide typischen Einstellungen positiv mit der „action“-Skala zusammenhängen, kann andererseits die Nullhypothese (H_0) getestet werden, dass sich die beiden Korrelationskoeffizienten nicht unterscheiden. Dafür werden die beiden Korrelationskoeffizienten in Z-Werte nach Fisher umgewandelt (Z_1 und Z_2) und ihr Unterschied folgendermassen überprüft (Bortz, 1999, S. 211):

$$z = (Z_1 - Z_2) / \sqrt{1/(n_1-3) + 1/(n_2-3)}$$

Liegt z innerhalb des Bereichs von ± 1.65 kann H_0 beibehalten werden und die beiden Korrelationskoeffizienten können als gleich hoch betrachtet werden.

In Bezug zur Selbstwirksamkeits-Skala wird vermutet, dass die Einstellungsdimensionen aus dem Bereich Methadon-Abstinenz-/Tiefdosis-Orientierung positiv mit der Selbstwirksamkeits-Skala zusammenhängen. Dies wird anhand der Produkt-Moment-Korrelation getestet werden.

4.4.2 Typische Patientengruppen aufgrund der Einstellung zum Methadon und zur Substitutionsbehandlung mit Methadon

4.4.2.1 Einleitung

Im Rahmen dieser Arbeit wird neben der Frage nach typischen Einstellungen auch die Frage nach typischen Patientengruppen, basierend auf deren unterschiedlichen Einstellungen, gestellt. Im Gegensatz zur faktorenanalytischen Gruppierung der Einstellungs-Items, erfolgt die Gruppierung der Patienten in der vorliegenden Arbeit mittels clusteranalytischer Verfahren. Die Gruppierung der Patienten erfolgt aufgrund deren Ausprägungen auf den Einstellungs-Items. Datenbasis der in dieser Arbeit durchgeführten Clusteranalyse sind entsprechend die 125 Methadonpatienten (Probanden), die je 61 Einstellungs-Items im Sinne eines je eigenen Einstellungsmusters ausfüllten. Pro Proband entsteht durch jedes der 61 ausgefüllten Items ein Vektor. Auf diese Weise wird jedem Probanden aufgrund der Positionen dieser 61 Vektoren im Vektorraum ein Einstellungsmuster zugeordnet. Aus diesen 61 Vektoren wird ein resultierender Vektor berechnet, der dieses Einstellungsmuster repräsentiert. Aufgrund dieser Berechnung entsteht ein neuer Vektorraum, der pro Methadonpatient einen – das je eigene Einstellungsmuster repräsentierende – Vektor, also insgesamt 125 Vektoren beinhaltet. Dieser Vektorraum, auch Rohdatenmatrix genannt, entspricht nun der Datenbasis der Clusteranalyse. Dabei wird grundsätzlich eine Lösung mit möglichst wenigen homogenen Gruppen gesucht.

4.4.2.2 Anzahl relevanter Cluster

Ausgehend von der Rohdatenmatrix aller 125 Methadonpatienten der Stichprobe, die je durch 61 unterschiedliche Einstellungs-Item-Werte der Einstellungs-Items definiert sind, erfolgt in einem **ersten Schritt** eine Quantifizierung der Ähnlichkeit zwischen den Beschreibungsmerkmalen (metrisch skalierte Einstellungsmuster) der Methadonpatienten. Das entsprechende Proximitätsmass zur Bestimmung der Ähnlichkeit zwischen diesen Beschreibungsmerkmalen erfolgt in der vorliegenden Auswertung, indem die Rohdatenmatrix mittels des Algorithmus der quadrierten Euklidischen Distanz, in eine Distanzmatrix überführt wird. Indem die Proximität zwischen den Methadonpatienten mittels eines Distanzmasses ermittelt wird, sind sich zwei Methadonpatienten umso ähnlicher, je kleiner deren Distanz ist. Ausgehend von den Differenzwerten der Einstellungen pro Methadonpatienten-Paar erfolgt die Berechnung der Euklidischen Distanz, indem die quadrierten Differenzwerte aufaddiert und aus der Summe die Quadratwurzel gezogen wird. Die daraus resultierende Distanzmatrix

bildet nun den Ausgangspunkt der Clusteralgorithmen, die nun die Zusammenfassung der Methadonpatienten durchführen.

In einem **zweiten Schritt** soll anhand des Ward-Verfahrens (ein sog. „hierarchisch agglomeratives Verfahren“) bestimmt werden, wie viele Cluster gebildet werden sollen. Die Ward-Methode fusioniert als hierarchisches Verfahren sukzessive diejenigen Cluster, mit deren Fusion die geringste Erhöhung der gesamten Fehlerquadratsumme einhergeht. Dabei geht das Ward-Verfahren von der kleinsten Partition aus, wobei als Ausgangsbedingung jeder Methadonpatient mit seinem jeweiligen Einstellungsmuster (Beschreibungsmerkmal) einem Cluster und deshalb die Anzahl der Untersuchungsobjekte der Gesamtzahl aller 125 Methadonpatienten bzw. deren Einstellungsmuster entspricht. Durch den Algorithmus der quadrierten Euklidischen Distanz werden nun die beiden Cluster mit der geringsten Distanz bzw. der grössten Ähnlichkeit zu einem neuen Cluster zusammengeführt. Die Zahl der Gruppen (Cluster) nimmt dadurch um 1 ab. In der Folge werden die Abstände zwischen dem neuen und den übrigen Cluster berechnet. Durch diese fortlaufende Zusammenführung zu immer neuen Cluster, kommt es zu einer ständigen Reduktion der Distanzmatrix.

Durch das Ward-Verfahren werden nun aber nicht einfach diejenigen Methadonpatienten zusammengefasst, deren Beschreibungsmerkmale (=resultierende Vektoren, die das Einstellungsmuster (=Kombination aller 61 Einstellungs-Items) der einzelnen Methadonpatienten repräsentieren) die geringste Distanz aufweisen, sondern es werden diejenigen Methadonpatienten zu einer Gruppe vereinigt, die ein vorgegebenes Heterogenitätsmass am wenigsten vergrössern (Backhaus et al., 2006, S. 522). Das Zielkriterium des Ward-Verfahrens bezüglich der Zusammenfassung der Methadonpatienten entspricht somit der Vereinigung derjenigen Methadonpatienten, deren Einstellungsmuster die Fehlerquadratsumme am wenigsten erhöhen, so dass die Heterogenität möglichst tief bleibt. Anders formuliert besteht das Zielkriterium des Ward-Verfahrens bezüglich der Zusammenfassung der Methadonpatienten darin, diejenigen Methadonpatienten in einer Gruppe zu vereinigen, die die Streuung (Varianz) des Beschreibungsmerkmals möglichst wenig erhöhen. Dadurch werden möglichst homogene Cluster angestrebt, wobei der Anstieg des Heterogenitätsmasses bei fortlaufender Clusterbildung als Hauptkriterium bewertet wird. Analog zum Scree-Test im Rahmen der Faktorenanalyse kann aufgrund einer graphischen Interpretation des Struktogramms die optimale Clusteranzahl bestimmt werden (y-Achse: Zuwachs der Fehlerquadratsumme; x-Achse: Anzahl Cluster). In der resultierenden Graphik

ist in den meisten Fällen eine deutliche Zunahme des Heterogenitätsmasses (Zuwachs der Fehlerquadratsumme) ab einer bestimmten Anzahl Cluster als „knick“ zu sehen. Dabei soll die Anzahl Cluster extrahiert werden, bei der der Knick in der Graphik stattfindet (Backhaus et al., 2006, S. 536; Bortz, 1999, S. 559). Backhaus et al. (2006, S. 534) schreiben im Zusammenhang mit diesem „Knick“ auch vom „Elbow-Kriterium“, das bezüglich der Entwicklung des Heterogenitätsmasses als Entscheidungskriterium für die zu wählende Clusteranzahl verwendet wird.

Eine Untersuchung (Berg, 1981; zit. nach Backhaus, 2006, S. 528) hat gezeigt, dass das Ward-Verfahren im Vergleich zu anderen Algorithmen sehr gut in der Lage ist, Objekte zu den „wahren Gruppen“ zusammenzufassen bzw. in den meisten Fällen sehr gute Partitionen (Cluster) findet und die Elemente den Gruppen „richtig“ zuordnet. Gemäss Backhaus (2006, S. 551) führen allerdings agglomerative Verfahren und so auch das Ward-Verfahren insbesondere bei einer grossen Fallzahl zu Berechnungsproblemen, da sie für jeden Fusionierungsschritt die Berechnung der Distanzmatrix zwischen allen Fällen erfordern. Bei einer grossen Anzahl von Fällen empfiehlt er deshalb die Verwendung eines partitionierenden Clusteralgorithmus, wie beispielsweise die Clusterzentrenanalyse nach der k-means-Methode von MacQueen (1967). Dieses Verfahren erfordert vorab die Festlegung der gewünschten Clusterzahl, die in der vorliegenden Auswertung mit dem „Ward-Verfahren“ bestimmt wurde. Es ordnet dann in einem **dritten Schritt** die Methadonpatienten entsprechend der zur Clusterbildung herangezogenen metrisch skalierten Variablen (Einstellungs-Items) den Gruppen zu. Dabei minimiert auch die Clusterzentrenanalyse die Streuungsquadratsumme innerhalb der Cluster mit Hilfe der einfachen euklidischen Distanz, wodurch in der vorliegenden Auswertung eine optimale Zuordnung der Methadonpatienten zu den Methadonpatienten-Gruppen erfolgt.

Ist also die optimale Clusterzahl anhand des hierarchischen Ward-Verfahrens bestimmt, werden die Cluster anhand der Clusterzentrenanalyse nach der nicht-hierarchischen k-means-Methode gebildet und optimiert. Die k-means-Methode wird häufig zur Optimierung einer Gruppierung eingesetzt, die zuvor mit einer hierarchischen Methode wie eben der Ward-Methode gefunden wurde (Bortz, 1999, S. 560). Die entstehende Clusterlösung trägt zwei Hauptmerkmale: Anzahl Probanden pro Cluster und Clusterzentren der 61 Einstellungs-Items. Aufgrund der qualitativen Voruntersuchung kann eine Lösung um vier Cluster (3-5 Cluster) erwartet werden. Bei mehreren Clusterlösungen wird diejenige mit möglichst wenigen Cluster

und möglichst ähnlicher Probandenzahl pro Cluster gewählt, damit im Hinblick auf die weiterführenden statistischen Auswertungen jeweils genügend Probanden in den einzelnen Gruppen sind.

4.4.2.3 Evaluation der Clusterlösung

4.4.2.3.1 Evaluation der Clusterlösung im Zusammenhang mit den Einstellungs-Items

Anhand einer Diskriminanzanalyse soll zunächst überprüft werden, welche der 61 Einstellungs-Items, aufgrund dessen die einzelnen Methadonpatienten mittels k-means-Methode einem der oben erwähnten Methadonpatienten-Cluster zugeordnet werden, zur Trennung dieser Cluster besonders beitragen. Im Rahmen dieser Diskriminanzanalyse entsprechen somit die 61 Einstellungs-Items unabhängigen Variablen und die oben erläuterte Clusterlösung (Methadonpatienten-Gruppen) der abhängigen Variable. In Analogie zur multivariaten Varianzanalyse werden mittels Diskriminanzanalyse Gewichtungskoeffizienten berechnet, die im Rahmen der vorliegenden Auswertung angeben, in welchem Ausmass die unabhängigen Variablen am Zustandekommen des Gesamtunterschieds zwischen den Methadonpatienten-Gruppen beteiligt sind. Diese Gewichtungskoeffizienten besagen, wie die einzelnen unabhängigen Variablen zu gewichtet sind, um eine maximale Trennung bzw. Diskriminierung der zu differenzierenden Gruppen (Methadonpatienten-Cluster) zu erreichen ist. Da im vorliegenden Fall die unabhängigen Variablen identisch sind mit den Beschreibungsmerkmalen, anhand derer die Methadonpatienten ursprünglich mittels k-means-Methode zu Cluster zusammengefasst wurden, bezieht sich die oben erwähnte Gewichtung der unabhängigen Variablen zur Diskriminierung der zu differenzierenden Gruppen ebenfalls auf die Einstellungs-Items. Mit der Diskriminanzanalyse wird somit diejenige Gewichtung für die unabhängigen Variablen ermittelt, die angesichts der wechselseitigen Beziehungen zwischen den unabhängigen Variablen (Multikollinearität) zu einer maximalen Trennung der untersuchten Cluster führen (Bortz, 1999, S. 586).

Wird wie im vorliegenden Fall eine Diskriminanzanalyse über mehr als zwei Gruppen gerechnet, die durch mehrere Variablen beschrieben sind, wird durch die erste Diskriminanzfunktion nur ein Teil des Diskriminanzpotenzials der Variablen (hier: Einstellungs-Items) erklärt¹⁷. Ähnlich wie bei der Hauptkomponentenanalyse wird deshalb

¹⁷ Eine vollständige Erfassung des Diskriminanzpotenzials durch eine Diskriminanzfunktion ist theoretisch nur dann möglich, wenn alle Variablen zu 1 miteinander korrelieren.

eine zweite Diskriminanzfunktion mit einem zweiten Satz von Gewichtungskoeffizienten bestimmt. Die zweite Diskriminanzfunktion erfasst entsprechend eine Merkmalsvarianz, die durch die erste Diskriminanzfunktion nicht aufgeklärt wurde. In gleicher Weise werden weitere Diskriminanzfunktionen festgelegt, die paarweise voneinander unabhängig sind und die noch nicht aufgeklärte Varianz so zusammenfassen, dass die Gruppen (hier: Methadonpatienten-Cluster) jeweils maximal getrennt werden. Die einzelnen Diskriminanzfunktionen werden somit nach dem Kriterium der sukzessiv maximalen Trennung der Gruppen festgelegt. Die Gesamtheit aller Diskriminanzfunktionen wird dabei als Diskriminanzraum bezeichnet. Der Diskriminanzraum besteht entsprechend aus p oder $k-1$ Diskriminanzfunktionen, deren Reihenfolge so festgelegt wird, dass die zu differenzierenden Gruppen sukzessiv maximal getrennt werden (Bortz, 1999, S. 589).

4.4.2.3.2 Evaluation der Clusterlösung im Zusammenhang mit der Faktorenlösung

Im Hinblick auf eine diagnostische Anwendung der in dieser Arbeit verwendeten Einstellungs-Items soll des Weiteren überprüft werden, wie gut sich die Clusterlösung auf Ebene der Gesamtstichprobe durch die Faktorwerte der Einstellungsdimensionen vorhersagen lässt. Dies wird anhand einer Diskriminanzanalyse mit den Faktorwerten der Einstellungsdimensionen als unabhängige Variablen und der Clusterlösung als abhängige Variable berechnet. Die vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit wird anhand des κ -Masses (Cohen, 1960; zit. nach Bortz, 1999, S. 564) mit der tatsächlichen Clusterzugehörigkeit verglichen. Es muss eine maximierte Übereinstimmung gefordert werden, was bedeutet dass der Wert für κ möglichst nahe bei 1 liegen, zumindest aber $\kappa \geq 0.90$ betragen sollte. Dieses Verfahren kann zudem für die beiden Teilstichproben getrennt angewendet werden. Auch in diesem Falle sollte die Übereinstimmung gemäss dem κ -Wert möglichst nahe bei 1 liegen, zumindest jedoch $\kappa \geq 0.80$ betragen.

4.4.2.3.3 Evaluation der Generalisierbarkeit

Wie bei der Frage nach den Einstellungsdimensionen interessiert es auch bei den Patientengruppen, inwiefern die gefundene Clusterlösung stichprobenabhängig oder generalisierbar ist. Zur Klärung dieser Frage drängt sich eine Kreuzvalidierung auf. In dieser Arbeit wird dazu ein spezielles Verfahren anhand der Diskriminanzanalyse vorgeschlagen:

- In einem ersten Schritt wird die Stichprobe zufällig in zwei Hälften A und B geteilt (A: Probanden mit ungeraden Probanden-Nummern; B: Probanden mit geraden Probanden-Nummern).
- In einem zweiten Schritt werden in beiden Teilstichproben A und B die Diskriminanzfunktionen DA_n und DB_n für die Clusterlösung anhand der 61 Einstellungs-Items bestimmt.
- In einem dritten Schritt werden die Regressionsgleichungen für die Diskriminanzfunktionen DA_n und DB_n anhand der 61 Einstellungs-Items und ihrer Beta-Gewichte in den beiden Teilstichproben bestimmt:

$$DA_n: y = I_{A1} \cdot \beta_{A1} + I_{A2} \cdot \beta_{A2} + I_{A3} \cdot \beta_{A3} + I_{A4} \cdot \beta_{A4} + \dots + I_{A61} \cdot \beta_{A61}$$

$$DB_n: y = I_{B1} \cdot \beta_{B1} + I_{B2} \cdot \beta_{B2} + I_{B3} \cdot \beta_{B3} + I_{B4} \cdot \beta_{B4} + \dots + I_{B61} \cdot \beta_{B61}$$

I_A = Ausprägung des Einstellungs-Items in Teilstichprobe A

I_B = Ausprägung des Einstellungs-Items in Teilstichprobe B

β_A = Beta-Gewicht des Items in Teilstichprobe A

β_B = Beta-Gewicht des Items in Teilstichprobe B

- In einem vierten Schritt werden aufgrund der Regressionsgleichungen für DA_n aus Teilstichprobe A die Diskriminanzfunktionen DA_n^* in Teilstichprobe B und für DB_n aus Teilstichprobe B die Diskriminanzfunktionen DB_n^* in Teilstichprobe A berechnet.

$$DB_n^*: y = I_{A1} \cdot \beta_{B1} + I_{A2} \cdot \beta_{B2} + I_{A3} \cdot \beta_{B3} + I_{A4} \cdot \beta_{B4} + \dots + I_{A61} \cdot \beta_{B61}$$

$$DA_n^*: y = I_{B1} \cdot \beta_{A1} + I_{B2} \cdot \beta_{A2} + I_{B3} \cdot \beta_{A3} + I_{B4} \cdot \beta_{A4} + \dots + I_{B61} \cdot \beta_{A61}$$

- In einem fünften Schritt wird für Teilstichprobe A die Zugehörigkeit zu den Clustern aufgrund der Diskriminanzfunktionen DA_n^* und in Teilstichprobe B die Zugehörigkeit zu den Clustern aufgrund der Diskriminanzfunktionen DB_n^* vorhergesagt.
- In einem sechsten Schritt werden in beiden Teilstichproben die beiden vorhergesagten Clusterzugehörigkeiten auf ihre Übereinstimmung mit den tatsächlichen

Clusterzugehörigkeiten durch das κ -Mass (Cohen, 1960; zit. nach Bortz, 1999, S. 564) überprüft.

Eine gute Übereinstimmung zwischen vorhergesagter und tatsächlicher Clusterzugehörigkeit würde gemäss Greve und Wentura (1997, S. 111) vorliegen wenn $\kappa \geq 0.75$. Werte für κ zwischen 0.60 und 0.70 müssten hingegen mit einer gewissen Skepsis betrachtet werden. Im Rahmen dieser Arbeit wird ein Wert von $\kappa \geq 0.60$ für die Übereinstimmung aber als genügend betrachtet. Ein solches Resultat würde auf die Generalisierbarkeit der Clusterlösung hindeuteten.

4.4.2.4 Bezüge zu weiteren Variablen

Nun soll aufgezeigt werden, wie die Fragestellungen bezüglich der Unterschiede zwischen den Patienten-Gruppen (Clustern) beantwortet werden. Bei intervallskalierten Variablen (Methadon-Dosis, VSS-k-Skalen, Selbstwirksamkeits-Skala) werden jeweils einfaktorielle Varianzanalysen mit der Clusterzugehörigkeit als unabhängige Variable gerechnet werden. Bei nominalskalierten Variablen (Heroinkonsum und Heroinverlangen in den letzten 30 Tagen vor der Befragung, Behandlungsziel, Methadondosis-Verlauf in den letzten sechs Monaten vor der Befragung) wird je nach Zellenbesetzung der χ^2 -Test oder der exakte Test nach Fisher angewendet.

Es wird erwartet, dass sich die Patienten-Gruppen (Cluster) bezüglich aktueller Methadon-Dosis, dem Verlauf der Methadondosis, dem selbstberichteten Heroinkonsum (und Heroinverlangen) und dem Behandlungsziel unterscheiden. Die jeweilige Nullhypothese (H_0), dass kein Unterschied existiert, wird ab einem Signifikanzniveau von $p < 0.05$ verworfen werden.

4.4.3 Einstellungen der Behandelnden

Zum Schluss soll noch erläutert werden, wie die Fragestellungen zu den Einstellungen der Behandelnden im Rahmen dieser Arbeit beantwortet werden sollen.

Zunächst müssen die Skalen für den Vergleich der Einstellungen zwischen Patienten und Behandelnden gebildet werden. Dazu wird, ausgehend von der Faktorenlösung bei den Patienten, versucht werden, Skalen bei den Behandelnden mit möglichst hoher Reliabilität zu

bilden. Die Reliabilität wird durch Cronbach's α als Mass für die interne Konsistenz der Skalen überprüft. Zudem werden die Korrelationen der Skalen mit der Abstinenzorientierungs-Skala von Gerlach und Caplehorn (1999) berechnet. Dies liefert Hinweise auf die konvergente und diskriminante Validität der Skalen.

Analog zu den Skalen der Behandelnden werden dann auf Patientenebene Vergleichsskalen gebildet. Diese werden wiederum bezüglich ihrer internen Konsistenz anhand von Cronbach's α überprüft. Sind die Vergleichsskalen auf Patienten- und Behandelndenebene gebildet, werden die Skalenwerte über alle Probanden (Patienten und Behandelnde) z-transformiert, damit der direkte Vergleich zwischen beiden Ebenen möglich wird. Dieser Vergleich der Einstellungen wird nur zwischen denjenigen Patienten und Behandelnden durchgeführt, die direkt miteinander im Rahmen der Behandlung in Beziehung stehen. Aus den beiden Stichproben sind dies 20 Behandelnde und 102 Patienten.

Die Vergleiche werden anhand von T-Tests und zweifaktoriellen Varianzanalysen gerechnet. Unabhängige Variablen sind die Ebene (Patient vs. Behandelnde) und die institutionelle Zugehörigkeit (ZAE Selnau, ZOKL I oder Privat-Praxen). Die abhängige Variable ist der Skalenwert der jeweiligen Einstellungsdimension. Es wird erwartet, dass sich die Einstellungen (Skalenwerte) zwischen Patienten und den Behandelnden unterscheiden und zwar unabhängig von der institutionellen Zugehörigkeit. Die jeweilige Nullhypothese (H_0), dass kein Unterschied existiert, wird ab einem Signifikanzniveau von $p < 0.05$ verworfen werden.

5. Ergebnisse

5.1 Beschreibung der Stichprobe

5.1.1 Allgemeine Variablen

Zunächst wird die Patienten-Stichprobe (n=125) genauer beschrieben. In Kap. 4.2.5 ist bereits über die Verteilungen der Variablen Alter, Geschlecht und Behandlungseinrichtung berichtet worden. In Tab. 6 wird nun die Behandlungseinrichtung anhand der jeweiligen Behandlungsinstitution spezifiziert. Zudem sind die Verteilungen der Variablen zum Erwerbsstatus und zum Bildungs-Stand aufgeführt. Eine detailliertere Beschreibung der Stichprobe ist im Anhang zu finden (C1 bis C3).

Tab. 6: Prozentuale Anteile der Kategorien der Variablen Behandlungsort (I + II), Erwerbsarbeit, Fürsorge, IV und Bildungsstand

Behandlungs-Ort I	38.4% ZAE Selnau	26.4% ZOKL	22.4% Seidenberg	12.8% Andere Pr.
Behandlungs-Ort II	38.4% ZAE Selnau	26.4% ZOKL	35.2% Praxen	
Erwerbsarbeit	16.9% ja		83.1% nein	
Fürsorge	47.6% ja		52.4% nein	
IV	32.3% ja		67.7% nein	
Bildungs-Stand	2.4% Primarsch.	3.2% Obersch.	7.3% Realsch.	11.3% Sek.schule
	68.5% Berufslehre	3.2% Matura	2.4% Fachhoch.	1.6% Hochsch.

Rund 38% der befragten Patienten sind im ZAE Selnau in Behandlung, rund 26% im ZOKL I und rund 35% bei niedergelassenen Ärzten (Privat-Praxen). Rund 17% gehen einer Erwerbsarbeit nach. Fast die Hälfte beziehen Fürsorgeleistungen und rund ein Drittel eine IV-Rente. Fast 70 % der befragten Patienten haben eine Berufslehre abgeschlossen.

5.1.2 Fakten zur Methadonbehandlung

Tab. 7 zeigt Informationen zu Variablen der aktuellen Methadon-Substitutionsbehandlung der befragten Patienten. Es sind jeweils Mittelwert (M), Median, Standardabweichung (s) und die Kennwerte des Kolmogorov-Smirnov-Tests aufgeführt.

Tab. 7: Dosis und Dauer der aktuellen Methadonbehandlung und Anzahl Methadonbehandlungen insgesamt

	M	Median	s	Z ^a	p
Methadondosis (mg)	106.3	80	77.6	1.88	0.002
Dauer aktuelle Behandlung (Mt.)	44.7	36	41.2	1.60	0.012
Anzahl Substitutionsbehandlungen	2.8	2.5	2.2	2.76	0.000

^a Z-Wert des Kolmogorov-Smirnov-Test

Alle drei Variablen zeigen eine rechtsschiefe Verteilung, die jeweils signifikant von einer Normalverteilung abweicht (geprüft anhand des Kolmogorov-Smirnov-Tests). Dies wird in der in Abb. 8 dargestellten Verteilung der aktuellen Methadondosis ersichtlich. Der Median von 80 mg zeigt an, dass 50% der befragten Patienten eine aktuelle Methadondosis unter 80 mg haben. Rund ein Drittel der befragten Patienten (33.9%) haben eine aktuelle Methadondosis unter 60 mg.

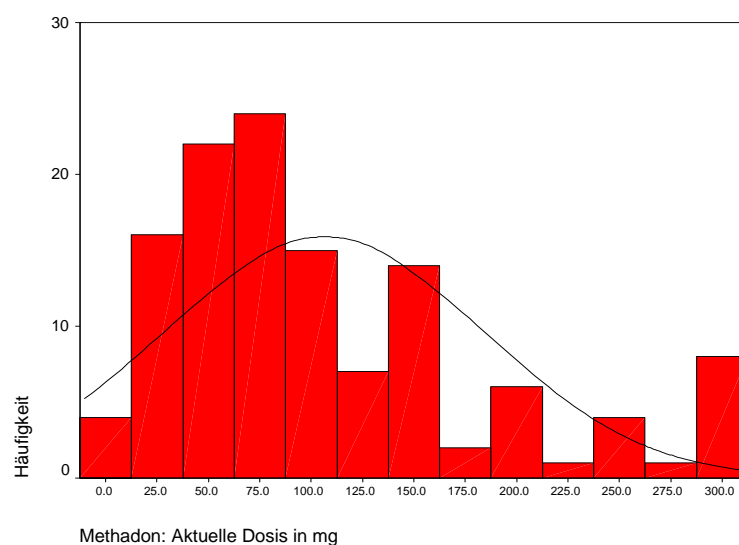


Abb. 8: Verteilung der aktuellen Methadondosis

Die aktuelle Methadon-Substitutionsbehandlung dauert im Mittel 36 Monate und die befragten Patienten haben sich durchschnittlich insgesamt 2.5 Methadonbehandlungen unterzogen. Rund 38% der befragten Patienten geben an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Heroin konsumiert zu haben. Rund ein Drittel gibt an, in den letzten 30 Tagen das Verlangen nach Heroinkonsum gehabt zu haben (s. Tab. 8).

Tab. 8: Heroinkonsum und -Verlangen (selbstberichtet)

	ja	nein
Heroinkonsum (letzte 30 Tage)	38.7%	61.3%
Heroinverlangen (letzte 30 Tage)	33.9%	66.1%

5.2 Deskriptive Betrachtung der Einstellungen der Patienten

5.2.1 Einstellungs-Fragen des Patienten-Interviews

Auch im standardisierten Interview sind den Patienten einige Fragen zu ihrer Einstellung zur Methadon-Substitutionsbehandlung gestellt worden. Die Antworten zu diesen Fragen werden im Folgenden in der Reihenfolge ihres Auftretens im Interview dargestellt.

Zunächst sind im Interview Fragen zum Ziel bezüglich der Methadondosis gestellt worden. Tab. 9 zeigt die zugehörigen Fragen und Antworten.

Tab. 9: „Nächstes Ziel bezüglich Methadondosis“

	Häufigkeit	%
abbauen	52	42.3
erhöhen	5	4.1
konstant halten	66	53.7
total	123	100.0

Rund 42% der befragten Patienten wollen ihre Methadondosis reduzieren. Anschliessend ist die Frage gestellt worden, was wohl der behandelnde Arzt denkt, was der Patient bezüglich seiner Methadondosis tun sollte (Tab. 10).

Rund 60% der befragten Patienten denken, dass ihr behandelnder Arzt will, dass sie die Methadondosis konstant halten. Rund 22% denken, dass ihr Arzt will, dass sie die Methadondosis abbauen. Tab. 11 zeigt die Übereinstimmung (Kongruenz) des Ziels der Patienten mit dem von den Patienten vermuteten Ziel des behandelnden Arztes. Bei rund 43% der befragten Patienten stimmt das Ziel der Patienten nicht mit dem von den Patienten vermuteten Ziel des Arztes überein.

Eine weitere Frage betrifft das generelle Ziel der Substitutionsbehandlung mit Methadon. Tab. 12 zeigt die Ausprägungen in den zusammengefassten Kategorien möglicher Behandlungsziele. Bei rund einem Drittel der befragten Patienten ist die totale Abstinenz von Opioiden (inkl. Methadon) das Behandlungsziel. Rund 38% der befragten Patienten strebt

eine Substitutionsbehandlung bei adäquater Methadondosis an. Rund 16% der Patienten geben an, nach bereits erreichter Rehabilitation nun die Abstinenz von Methadon anzustreben. Demzufolge sind rund 60% der Patienten damit beschäftigt, ihre Dosis kurz-, mittel- oder langfristig zu reduzieren oder ganz abzubauen. Die Ausprägungen der zwölf original Ziel-Kategorien ist im Anhang (D2) nachzulesen.

Tab. 10: „Was denken Sie, welches Ziel hat die Institution/der Arzt bezüglich Dosis“?

	Häufigkeit	%
abbauen	27	22.5
erhöhen	12	10.0
möglichst konstant	72	60.0
möglichst hoch	1	0.8
möglichst hoch und konstant	8	6.7
total	120	100.0

Tab. 11: Kongruenz der Ziele bezüglich Dosis

	Häufigkeit	%
Kongruenz	67	56.3
Inkongruenz	52	43.7
total	119	100.0

Nach weiteren Fragen sind die Patienten auch gefragt worden, wie sie das Methadon aktuell erleben. Die Patienten sind gebeten worden, mit „positiv“ oder „negativ“ zu antworten. Aus Tab. 13 wird ersichtlich, dass rund 87% der befragten Patienten das Methadon aktuell positiv erleben.

Kurz zusammengefasst zeigen diese Befunde ein uneinheitliches Bild. Einerseits wird das Methadon überwiegend positiv erlebt und andererseits sind über die Hälfte der Patienten kurz- oder langfristig bestrebt, ihre Methadondosis zu reduzieren. Zudem glauben fast die Hälfte der Patienten, die für sie zuständige Behandlungsperson hätte ein anderes Ziel bezüglich der Methadondosis, als sie selber.

Tab. 12: Zusammengefasste Kategorien möglicher Behandlungsziele

	Häufigkeit	%
Totalabstinenz	42	34.1
möglichst tiefe Dosis	14	11.4
Substitution bei adäquater Dosis	47	38.2
Abstinenz nach Rehabilitation	20	16.3
total	123	100.0

Tab. 13: Wie erlebt der Proband das Methadon aktuell?

	Häufigkeit	%
positiv	106	87.6
negativ	15	12.4
total	121	100.0

5.2.2 Die self-report Einstellungs-Items

Zunächst sollen die Verteilungen der 61 Einstellungs-Items aus dem self-report Fragebogen betrachtet werden. In Tab. 14 sind die Mittelwerte, Standardabweichungen und Schwierigkeitsindizes für jedes Item dargestellt. Der Maximalwert für jedes Item ist 4, der Minimalwert ist 1. Zudem ist für jedes Item angegeben, wie viele der insgesamt 125 Probanden das Item beantwortet haben. Die Items sind in der Reihenfolge der Grösse des Mittelwerts aufgelistet. Die detaillierten Ausprägungen jeder Antwortkategorie dieser 61 Items können im Anhang (D1) nachgesehen werden.

Tab. 14: Mittelwerte (M), Standardabweichungen (s) und Itemschwierigkeitsindizes (p_i) der 61 Einstellungs-Items (in absteigender Reihenfolge der Grösse von M)

	n	M	s	p_i
1. (Nr. 23) "Methadon hilft mir, kein Heroin zu konsumieren."	124	3.43	0.81	0.82
2. (Nr. 20) "Methadon hilft mir, mich psychisch und physisch zu stabilisieren."	123	3.26	0.89	0.76
3. (Nr. 36) "Auch wenn ich vorübergehend das nötige Geld hätte, würde ich nicht vermehrt Heroin konsumieren, weil ich auf einer genügend hohen Methadondosis eingestellt bin."	125	3.16	1.12	0.72
4. (Nr. 17) "Ich bin überzeugt, dass man sich mit einer genügend hohen Methadondosis psychisch und physisch stabilisieren kann."	125	3.15	0.91	0.72
5. (Nr. 9) "Methadon unterstützt mich dabei, aus beruflichen, sozialen und persönlichen Problemen herauszukommen."	125	3.14	0.93	0.71
6. (Nr. 55) "Wenn es einem gelingt, das Heroin durch das Methadon zu ersetzen, führt das zur nötigen Ruhe, um sich mit den eigenen Gefühlen auseinander zu setzen."	125	3.04	0.91	0.68
7. (Nr. 40) "Die Heroinabhängigkeit lässt sich überwinden, indem man konstant über längere Zeit eine genügend hohe Methadondosis einnimmt."	125	3.04	1.01	0.68
8. (Nr. 42) "Je mehr ich das Methadon so abbauen kann wie ich mir das wünsche, umso entlasteter und stärker fühle ich mich."	125	3.04	0.97	0.68
9. (Nr. 24) "Wenn man seine Probleme (Job, Beziehungen, Finanzen) wirklich lösen will, muss man sich zuerst einmal mit Methadon über längere Zeit stabilisieren."	124	3.03	0.95	0.68
10. (Nr. 16.) "Der Methadonentzug ist schlimmer als der Heroinentzug, weil nach Beendigung des Methadonentzugs immer wieder unkontrollierbare Zustände vorkommen, die mich schwer belasten."	120	2.96	1.09	0.66
11. (Nr. 1) "Wenn man es geschafft hat, mit dem Heroinkonsum aufzuhören, ist es wichtig zur Sicherheit auch noch weiterhin Methadon zu nehmen."	124	2.94	1.09	0.65
12. (Nr. 52) "Die Beendigung der Methadonbehandlung ist umso schwieriger, je länger die Methadonbehandlung gedauert hat und je höher die Methadondosierung während dieser Behandlungsdauer war."	125	2.90	1.09	0.63
13. (Nr. 44) "Wenn es mir jeweils psychisch wieder besser geht, neige ich dazu, das Methadon abzubauen."	124	2.84	0.97	0.62
14. (Nr. 34) "Sobald ich mich jeweils wieder besser fühle, beginne ich, die Methadondosis abzubauen."	123	2.75	1.04	0.59
15. (Nr. 33) "Wenn ich das Methadon nicht so abbauen kann wie ich mir das wünsche, fühle ich mich psychisch unwohl."	125	2.70	1.07	0.57
16. (Nr. 3) "Erst wenn ich es geschafft habe, im Leben weiter zu kommen (z.B. beruflich oder in Beziehungen), beginne ich mit dem Methadonabbau."	125	2.70	1.10	0.57
17. (Nr. 10) "Ich stelle mich der Herausforderung, die Methadondosis immer möglichst tief zu halten."	124	2.54	1.00	0.52
18. (Nr. 53) "Wenn einem die Methadonbehandlung dazu verholfen hat, den Heroinkonsum zu beenden, sollte man die Methadonbehandlung zur Absicherung, dass man kein Heroin mehr konsumiert, unbedingt mit einer genügend hohen Dosis weiterführen."	125	2.54	1.11	0.51
19. (Nr. 45) "Die Einnahme von Methadon ist nicht die Voraussetzung dafür, dass ich im Rahmen der Methadonbehandlung das Behandlungsziel erreiche, sondern der Methadonabbau ist das Ziel selber."	125	2.53	1.16	0.51
20. (Nr. 51) "Konstant hohe Methadondosierungen über längere Zeit sind nur für stark heroinabhängige Personen gedacht."	124	2.52	1.19	0.51
21. (Nr. 60) "Methadon kann einem helfen, unkontrollierbare Zustände (z.B. Angst, Depression, Halluzinationen) zu kontrollieren."	125	2.49	0.98	0.50
22. (Nr. 49) "Ziel der Methadonbehandlung sollte immer der Abbau sein, da man sonst nicht mehr vom Methadon loskommt."	125	2.48	1.16	0.50

	n	M	s	p _i
23. (Nr. 19) "Je länger man Methadon einnimmt und je höher die Dosis ist, desto schädlicher ist Methadon für den Körper."	124	2.37	1.18	0.46
24. (Nr. 57) "Ich strebe einen Methadonabbau an, weil ich nicht Methadonabhängig sein möchte."	125	2.36	1.12	0.46
25. (Nr. 12) "Mit einer unnötig hohen Methadondosis begibt man sich in eine Scheinwelt."	124	2.36	1.15	0.45
26. (Nr. 30) "Wenn man sich auf einer höheren Methadondosis einstellen lässt, als man eigentlich möchte, steht man plötzlich ohne es zu bemerken mit einer zu hohen Methadondosis da."	124	2.33	1.12	0.44
27. (Nr. 58) "Es bringt nichts, die Methadondosis zu erhöhen, da sich die körperliche Abhängigkeit nach ein paar Tagen einfach auf einer höheren Dosis einpendelt."	125	2.30	1.00	0.43
28. (Nr. 47) "Eine hohe Methadondosis verhindert im Gegensatz zu einer tiefen Methadondosis den Zugang zu den eigenen Gefühlen und Gedanken."	125	2.28	1.05	0.43
29. (Nr. 39) "Ich erlebe das Methadon als zusätzliche Droge."	125	2.24	1.14	0.42
30. (Nr. 22) "Ich habe panische Angst vor dem Methadonentzug, weshalb ich zunächst einmal eine möglichst tiefe Methadondosis einnehmen will."	124	2.18	1.06	0.40
31. (Nr. 43) "Ich erhöhe die Methadondosis wenn möglich nicht, damit ich nicht auch noch vom Methadon abhängig werde."	125	2.18	1.18	0.39
32. (Nr. 4) "Je tiefer die Methadondosis ist, desto motivierter ist man und desto besser geht es einem."	124	2.13	1.09	0.38
33. (Nr. 48) "Mit Methadon kann man sich nur dann physisch und psychisch stabilisieren, wenn man nicht mehr Methadon einnimmt, als man braucht, um Entzugssymptome zu verhindern."	125	2.10	1.10	0.37
34. (Nr. 46) "Ich wähle meine Methadondosis höher, als ich gerne hätte, damit ich mich physisch und psychisch stabilisieren kann."	125	2.05	1.04	0.35
35. (Nr. 56) "Es motiviert mich, wenn ich weiss, dass ich weniger Methadon einnehme als die meisten anderen Methadonbezügler."	125	2.02	1.08	0.34
36. (Nr. 41) "Meine Heroinabhängigkeit kriege ich mit jedem Milligramm Methadon, das ich abbaue, besser in den Griff."	124	2.00	1.18	0.34
37. (Nr. 13) "Es spielt keine Rolle wie hoch die Methadondosis ist. Wenn man Lust und genügend Geld hat, konsumiert man automatisch mehr Heroin oder andere Drogen."	125	1.98	1.08	0.33
38. (Nr. 14) "Ich nehme eine möglichst tiefe Methadondosis ein, weil man ab einer bestimmten Methadondosis wie in Watte gepackt ist und einem die Realität als unwirklich (wie in einem Film) erscheint."	125	1.92	1.05	0.31
39. (Nr. 26) "Die Methadonbehandlung führt dazu, dass man es sich in der Sucht bequem einrichten kann."	124	1.88	0.90	0.30
40. (Nr. 29) "Für Personen mit hohen Methadondosen besteht weniger Hoffnung auf einen erfolgreichen Methadonausstieg als für Personen mit tiefen Dosen."	124	1.87	1.08	0.29
41. (Nr. 38) "Ich setze mir laufend Zeitlimiten innerhalb derer ich das Methadon einen weiteren Schritt abbauen möchte und bin frustriert, wenn ich das nicht schaffe."	125	1.86	1.03	0.29
42. (Nr. 61) "Die Methadondosis sollte die Anfangsdosis möglichst nicht übersteigen, damit man den Ausgang aus der Methadonbehandlung nicht aus den Augen verliert."	124	1.86	1.03	0.29
43. (Nr. 50) "Es macht keinen Sinn, wenn man es geschafft hat mit Hilfe des Methadons mit dem Heroin aufzuhören, noch weiterhin Methadon einzunehmen."	125	1.84	1.16	0.28
44. (Nr. 6) "Sobald einem das Methadon dazu verholpen hat, kein Heroin mehr zu konsumieren, sollte man das Methadon möglichst schnell abbauen."	125	1.83	0.97	0.28
45. (Nr. 27) "Methadon sollte möglichst nur als Hilfsmittel beim Heroinentzug eingesetzt werden, damit man nicht davon abhängig wird."	124	1.83	1.00	0.28

	n	M	s	p _i
46. (Nr. 5) "Wenn ich es satt habe, in Methadonbehandlung zu sein, reduziere ich manchmal die Methadondosis, damit es mir wieder besser geht."	125	1.76	1.05	0.25
47. (Nr. 18) "Erst wenn ich das Methadon abgebaut habe, habe ich in der Gesellschaft die selben Chancen, wie alle anderen auch."	125	1.74	0.91	0.25
48. (Nr. 25) "Ich kann mich langfristig mit Methadon nur stabilisieren, wenn ich das Gefühl habe, dass die Methadondosis möglichst tief ist."	124	1.72	0.95	0.24
49. (Nr. 21) "Eigentlich ist es unsinnig, sich mit Methadon behandeln zu lassen, weil man sich damit eine zusätzliche Abhängigkeit auflädt."	124	1.71	0.90	0.24
50. (Nr. 37) "Ich strebe eine möglichst tiefe Methadondosis an, damit ich, falls mir der Zugang zum Methadon verwehrt wird, weniger stark unter Druck gerate."	125	1.64	1.01	0.22
51. (Nr. 7) "Die Methadondosis sollte die Anfangsdosis möglichst nicht übersteigen, damit man nicht vom Methadon abhängig wird."	125	1.62	1.01	0.21
52. (Nr. 2) "Die Methadonbehandlung wird zur Falle: Man kommt nicht richtig vom Heroin weg und kann sich auch nicht wirklich integrieren."	125	1.58	0.81	0.19
53. (Nr. 11) "Methadon ermöglicht mir, stressfreier Heroin zu konsumieren."	124	1.49	0.90	0.16
54. (Nr. 32) "Methadon ist für eine langfristige Behandlung nicht geeignet."	125	1.44	0.91	0.15
55. (Nr. 35) "Ich nehme nur gerade soviel Methadon ein, dass ich keine Entzugssymptome habe. Den Rest bewahre ich auf."	125	1.37	0.73	0.13
56. (Nr. 8) "Man muss zuerst das Methadon abbauen, um aus beruflichen, sozialen und persönlichen Problemen herauszukommen."	124	1.36	0.73	0.12
57. (Nr. 28) "Ich beziehe oft mehr Methadon vom Arzt, als ich einnehme und bewahre den Rest zur Sicherheit auf."	124	1.34	0.66	0.12
58. (Nr. 31) "Lieber bei einer tiefen Methadondosis ab und zu Heroin konsumieren, als konstant eine hohe Methadondosis einnehmen."	124	1.33	0.71	0.11
59. (Nr. 59) "Ich nehme jeweils soviel Methadon, damit ich im Rahmen meiner Methadonbehandlung, stressfrei ab und zu Heroin konsumieren kann."	125	1.29	0.70	0.10
60. (Nr. 15) "Eigentlich möchte ich das Methadon nur zur Überbrückung von Heroin-Engpässen einnehmen."	125	1.28	0.69	0.10
61. (Nr. 54) "Wenn ich es geschafft habe, das Methadon auf eine von mir gewünschte Dosis abzubauen, kommt es ab und zu vor, dass ich mich dafür mit Heroin belohne."	125	1.24	0.52	0.08

Zunächst fällt auf, dass praktisch alle Items von allen Probanden beantwortet worden sind. Dies zeigt, dass diese Items bei den Patienten eine hohe Akzeptanz aufweisen. Des Weiteren ist zu sehen, dass die Items mit dem höchsten Grad der Zustimmung ($p_i > 0.70$) positive Behauptungen über die Substitutionsbehandlung mit Methadon enthalten. Hingegen haben Items, die das Bedürfnis nach Heroinkonsum im Rahmen der Methadonbehandlung ausdrücken, den geringsten Grad an Zustimmung erhalten ($p_i < 0.20$). Im mittleren Bereich des Grades der Zustimmung ($0.66 > p_i > 0.33$) sind viele Items zu finden, die das Bedürfnis nach einem Abbau der Methadondosis zum Inhalt haben. Ein Item hat einen Schwierigkeitsindex von über 0.80, 10 Items haben einen Schwierigkeitsindex von unter 0.20. Der Durchschnitt

aller Mittelwerte beträgt 2.21. Der durchschnittliche Schwierigkeitsindex der Items beträgt 0.40.

Wie bei den Antworten im Patienten-Interview zeigt sich auch hier eine gewisse Diskrepanz dahingehend, dass sowohl Items aus dem Bereich des a-priori Faktors „Rehabilitation mit Methadon-Orientierung“, aber auch Items aus den Bereichen der a-priori Faktoren „Methadon-Abstinenz-Orientierung“ und „Tiefdosis-Orientierung“, hohe Zustimmung erhalten. Beispielhaft werden hier dazu die Item Nr. 52 ("die Beendigung der Methadonbehandlung ist umso schwieriger, je länger die Methadonbehandlung gedauert hat und je höher die Methadondosierung während dieser Behandlungsdauer war") und Nr. 40 ("die Heroinabhängigkeit lässt sich überwinden, indem man konstant über längere Zeit eine genügend hohe Methadondosis einnimmt") kommentiert. Tab. 15 und Tab. 16 zeigen die Ausprägungen der einzelnen Antwortkategorien dieser Items.

Tab. 15: Methadon-Einstellung Nr. 52 "Die Beendigung der Methadonbehandlung ist umso schwieriger, je länger die Methadonbehandlung gedauert hat und je höher die Methadondosierung während dieser Behandlungsdauer war."

	Häufigkeit	%
stimmt überhaupt nicht	18	14.4
stimmt ein wenig	27	21.6
stimmt ziemlich	29	23.2
stimmt voll und ganz	51	40.8
total	125	100.0

Tab. 16: Methadon-Einstellung Nr. 40 "Die Heroinabhängigkeit lässt sich überwinden, indem man konstant über längere Zeit eine genügend hohe Methadondosis einnimmt."

	Häufigkeit	%
stimmt überhaupt nicht	13	10.4
stimmt ein wenig	22	17.6
stimmt ziemlich	37	29.6
stimmt voll und ganz	53	42.4
total	125	100.0

5.3 Einstellungsdimensionen bei den Patienten

Im Folgenden wird nun die Frage nach den Dimensionen der Patienteneinstellungen zum Methadon und zur Substitutionsbehandlung mit Methadon beantwortet. Dazu wird zunächst die Korrelationsmatrix der Einstellungs-Items dahingehend untersucht, ob die Extraktion zugrundeliegender Dimensionen überhaupt zulässig ist. In einem nächsten Schritt werden dann die relevanten Einstellungsdimensionen dargestellt und anschliessend detailliert betrachtet.

5.3.1 Korrelationsmatrix der Einstellungs-Items und mögliche Faktorenlösungen

Die Korrelationsmatrix beinhaltet alle Korrelationen der 61 Items untereinander aufgrund der Antworten von 125 Patienten. Vor der Durchführung einer Faktorenanalyse dieser Korrelationsmatrix wird nun zunächst ermittelt, inwiefern die Durchführung einer Faktorenanalyse überhaupt zulässig ist.

Die erste Frage betrifft den Grundsatz der Zusammengehörigkeit der 61 Einstellungs-Items. Anhand des Bartlett Tests („test of sphericity“) wird untersucht, ob die 61 Items grundsätzlich miteinander korrelieren. Der Test zeigt einen hochsignifikanten χ^2 -Wert ($\chi^2=3312.6$; $df=1830$; $p<0.001$). Damit ist gezeigt, dass die 61 Einstellungs-Items in der Population miteinander korreliert sind.

Das Mass für die Stichprobenangemessenheit (MSA) hat den Wert $MSA=0.656$. Die Mindestanforderung für die Durchführung einer Faktorenanalyse ($MSA \geq 0.50$) und die Erwartung bezüglich dieser Untersuchung sind damit erfüllt. Der Wert bewegt sich zwischen 0.60 und 0.70 und kann als „mittelmässig bis gut“ bewertet werden (s. Kap. 4.4.1). Damit wird die Angemessenheit der Stichprobe als befriedigend bewertet und es können alle 61 Items in die Faktorenanalyse einbezogen werden.

Die Hauptachsen-Faktorenanalyse hat zunächst 19 Faktoren mit Eigenwert über eins ermittelt. Nach dem Kaiser-Guttman-Kriterium müssten also 19 Faktoren extrahiert werden (s. Anhang E1). Eine weitere Faktorenanalyse nach der Maximum-Likelihood-Methode ergibt, dass ein Modell mit mindestens 9 Faktoren nicht mehr von den in der Population vermuteten Faktoren abweicht (s. Anhang E2).

Abb. 9 zeigt den Eigenwertverlauf für 28 der 61 Eigenwerte („Screeplot“). Anhand des durch graphische Interpretation verfahrenen Scree-Tests kann gesagt werden, dass höchstens fünf Faktoren extrahiert werden sollten. Dies ist in Abb. 9 durch den von rechts her betrachtet ersten Knick in der dargestellten Kurve ersichtlich (Knick beim sechsten Faktor).

Aufgrund des Scree-Tests sind auch Lösungen mit drei oder zwei Faktoren denkbar (Knick beim vierten und dritten Faktor). Die optimale Anzahl der Faktoren, die den wesentlichen Teil der spezifischen Varianz der Korrelationsmatrix erklären können, liegt also zwischen zwei und neun Faktoren. Zunächst sollen nun aus folgenden Gründen fünf Faktoren extrahiert werden: Der Scree-Test kann dazu verleiten, zu wenige Faktoren zu extrahieren, was bei der Zwei- und Drei-Faktorenlösung der Fall sein könnte. Im vorliegenden Falle wird die Fünf-Faktorenlösung gewählt, da sie den Kompromiss zwischen der eher zu kleinen Faktorenanzahl mit zwei oder drei Faktoren und der eher zu hohen Faktorenanzahl mit neun oder 19 Faktoren darstellt.

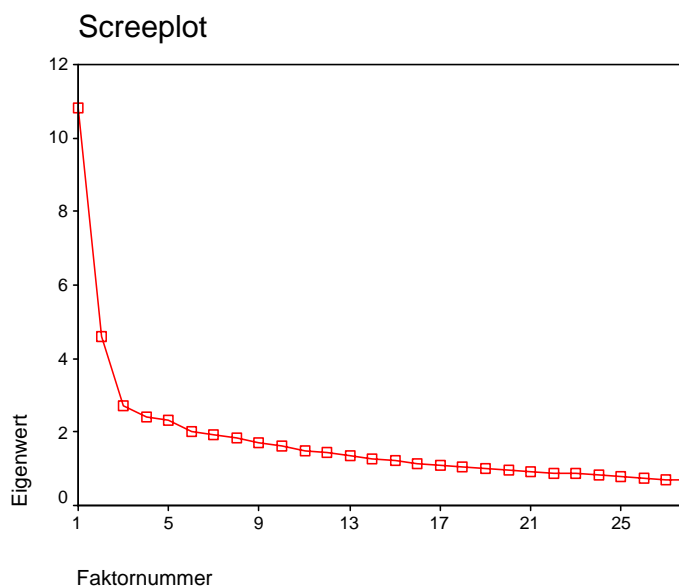


Abb. 9: Screeplot für 28 der 61 Eigenwerte

5.3.2 Fünf-Faktorenlösung

Es werden also anhand der Hauptachsen-Faktorenanalyse fünf Faktoren extrahiert und anschliessend einer Promax-Rotation unterzogen. Die Promax-Rotation wird mit verschiedenen vorgegebenen Rotationswinkeln (κ von 1 bis 4) durchgeführt. Gesucht ist diejenige Rotation, bei der jeder einzelne Faktor möglichst viele Items mit substanziellen

Ladungen enthält, ohne dass die Faktoren untereinander zu hoch korrelieren ($r \approx 0.50$). Die optimale Rotations-Lösung wird erreicht, wenn $kappa=3$ gesetzt wird (die höchste Korrelation der Faktorenkorrelationsmatrix ist dann $r=0.46$; gemäss Tab. 18). Diese Fünf-Faktorenlösung erklärt 32% der spezifischen Varianz der Korrelationsmatrix. Tab. 17 zeigt die Strukturmatrix der Promax-rotierten Fünf-Faktorenlösung.

Tab. 17: Strukturmatrix der promax-rotierten 5-Faktorenlösung

	1	2	3	4	5
Methadon-Einstellung Nr. 44 "Wenn es mir jeweils psychisch wieder besser geht, neige ich dazu, das Methadon abzubauen."	.675	.268	.023	-.005	.170
Methadon-Einstellung Nr. 34 "Sobald ich mich jeweils wieder besser fühle, beginne ich, die Methadondosis abzubauen."	.648	.262	-.069	.135	.221
Methadon-Einstellung Nr. 49 "Ziel der Methadonbehandlung sollte immer der Abbau sein, da man sonst nicht mehr vom Methadon loskommt."	.646	.425	-.083	.360	.019
Methadon-Einstellung Nr. 50 "Es macht keinen Sinn, wenn man es geschafft hat mit Hilfe des Methadons mit dem Heroin aufzuhören, noch weiterhin Methadon einzunehmen."	.589	.321	-.186	.421	.122
Methadon-Einstellung Nr. 57 "Ich strebe einen Methadonabbau an, weil ich nicht Methadonabhängig sein möchte."	.588	.349	-.102	.480	.016
Methadon-Einstellung Nr. 61 "Die Methadondosis sollte die Anfangsdosis möglichst nicht übersteigen, damit man den Ausgang aus der Methadonbehandlung nicht aus den Augen verliert."	.573	.508	.047	.525	.003
Methadon-Einstellung Nr. 48 "Mit Methadon kann man sich nur dann physisch und psychisch stabilisieren, wenn man nicht mehr Methadon einnimmt, als man braucht, um Entzugssymptome zu verhindern."	.508	.365	.037	.195	.001
Methadon-Einstellung Nr. 45 "Die Einnahme von Methadon ist nicht die Voraussetzung dafür, dass ich im Rahmen der Methadonbehandlung das Behandlungsziel erreiche, sondern der Methadonabbau ist das Ziel selber."	.504	.336	-.106	.213	.156
Methadon-Einstellung Nr. 4 "Je tiefer die Methadondosis ist, desto motivierter ist man und desto besser geht es einem."	.502	.442	.120	.406	.061
Methadon-Einstellung Nr. 56 "Es motiviert mich, wenn ich weiss, dass ich weniger Methadon einnehme als die meisten anderen Methadonabhängiger."	.496	.434	-.147	.406	.134
Methadon-Einstellung Nr. 10 "Ich stelle mich der Herausforderung, die Methadondosis immer möglichst tief zu halten."	.490	.445	.014	.329	-.068
Methadon-Einstellung Nr. 42 "Je mehr ich das Methadon so abbauen kann wie ich mir das wünsche, umso entlasteter und stärker fühle ich mich."	.479	.298	.207	.337	-.038
Methadon-Einstellung Nr. 41 "Meine Heroinabhängigkeit kriege ich mit jedem Milligramm Methadon, das ich abbaue, besser in den Griff."	.475	.150	.282	.396	-.157
Methadon-Einstellung Nr. 37 "Ich strebe eine möglichst tiefe Methadondosis an, damit ich, falls mir der Zugang zum Methadon verwehrt wird, weniger stark unter Druck gerate."	.453	.324	-.026	.391	.004
Methadon-Einstellung Nr. 53 "Wenn einem die Methadonbehandlung dazu verhilft, den Heroinkonsum zu beenden, sollte man die Methadonbehandlung zur Absicherung, dass man kein Heroin mehr konsumiert, unbedingt mit einer genügend hohen Dosis weiterführen."	-.390	-.088	.270	-.023	-.145
Methadon-Einstellung Nr. 18 "Erst wenn ich das Methadon abgebaut habe, habe ich in der Gesellschaft die selben Chancen, wie alle anderen auch."	.279	.156	-.242	.130	.171
Methadon-Einstellung Nr. 47 "Eine hohe Methadondosis verhindert im Gegensatz zu einer tiefen Methadondosis den Zugang zu den eigenen Gefühlen und Gedanken."	.415	.724	-.016	.087	.141
Methadon-Einstellung Nr. 14 "Ich nehme eine möglichst tiefe Methadondosis ein, weil man ab einer bestimmten Methadondosis wie in Watte gepackt ist und einem die Realität als unwirklich (wie in einem Film) erscheint."	.447	.687	-.003	.131	.030
Methadon-Einstellung Nr. 25 "Ich kann mich langfristig mit Methadon nur stabilisieren, wenn ich das Gefühl habe, dass die Methadondosis möglichst tief ist."	.490	.610	-.076	.393	.160
Methadon-Einstellung Nr. 30 "Wenn man sich auf einer höheren Methadondosis einstellen lässt, als man eigentlich möchte, steht man plötzlich ohne es zu bemerken mit einer zu hohen Methadondosis da."	.399	.545	-.081	.323	.104
Methadon-Einstellung Nr. 19 "Je länger man Methadon einnimmt und je höher die Dosis ist, desto schädlicher ist Methadon für den Körper."	.210	.539	-.214	.360	.301
Methadon-Einstellung Nr. 12 "Mit einer unnötig hohen Methadondosis begibt man sich in eine Scheinwelt."	.432	.532	-.035	.177	.121
Methadon-Einstellung Nr. 52 "Die Beendigung der Methadonbehandlung ist umso schwieriger, je länger die Methadonbehandlung gedauert hat und je höher die Methadondosierung während dieser Behandlungsdauer war."	.212	.507	-.138	.189	.067
Methadon-Einstellung Nr. 7 "Die Methadondosis sollte die Anfangsdosis möglichst nicht übersteigen, damit man nicht vom Methadon abhängig wird."	.396	.494	-.095	.379	.133
Methadon-Einstellung Nr. 29 "Für Personen mit hohen Methadondosen besteht weniger Hoffnung auf einen erfolgreichen Methadonausstieg als für Personen mit tiefen Dosen."	.282	.463	-.071	.359	-.077
Methadon-Einstellung Nr. 5 "Wenn ich es satt habe, in Methadonbehandlung zu sein, reduziere ich manchmal die Methadondosis, damit es mir wieder besser geht."	.345	.425	-.274	.301	.310
Methadon-Einstellung Nr. 22 "Ich habe panische Angst vor dem Methadonentzug, weshalb ich zunächst einmal eine möglichst tiefe Methadondosis einnehmen will."	.149	.400	-.076	.344	.132
Methadon-Einstellung Nr. 51 "Konstant hohe Methadondosierungen über längere Zeit sind nur für stark heroinabhängige Personen gedacht."	.325	.395	-.001	.177	-.092
Methadon-Einstellung Nr. 39 "Ich erlebe das Methadon als zusätzliche Droge."	.130	.395	-.172	.178	.241
Methadon-Einstellung Nr. 33 "Wenn ich das Methadon nicht so abbauen kann wie ich mir das wünsche, fühle ich mich psychisch unwohl."	.217	.316	-.001	.121	.256
Methadon-Einstellung Nr. 16 "Der Methadonentzug ist schlimmer als der Heroinentzug, weil nach Beendigung des Methadonentzugs immer wieder unkontrollierbare Zustände vorkommen, die mich schwer belasten."	-.147	.276	-.055	-.012	.152
Methadon-Einstellung Nr. 9 "Methadon unterstützt mich dabei, aus beruflichen, sozialen und persönlichen Problemen herauszukommen."	-.063	-.183	.678	-.114	-.097
Methadon-Einstellung Nr. 20 "Methadon hilft mir, mich psychisch und physisch zu stabilisieren."	-.215	-.260	.640	-.122	-.215
Methadon-Einstellung Nr. 17 "Ich bin überzeugt, dass man sich mit einer genügend hohen Methadondosis psychisch und physisch stabilisieren kann."	-.222	-.198	.543	-.130	-.306
Methadon-Einstellung Nr. 24 "Wenn man seine Probleme (Job, Beziehungen, Finanzen) wirklich lösen will, muss man sich zuerst einmal mit Methadon über längere Zeit stabilisieren."	.149	.086	.508	.024	.011
Methadon-Einstellung Nr. 2 "Die Methadonbehandlung wird zur Falle: Man kommt nicht richtig vom Heroin weg und kann sich auch nicht wirklich integrieren."	.148	.145	-.471	.170	.445
Methadon-Einstellung Nr. 55 "Wenn es einem gelingt, das Heroin durch das Methadon zu ersetzen, führt das zur nötigen Ruhe, um sich mit den eigenen Gefühlen auseinander zu setzen."	.172	.009	.452	-.016	-.301

	1	2	3	4	5
Methadon-Einstellung Nr. 40 "Die Heroinabhängigkeit lässt sich überwinden, indem man konstant über längere Zeit eine genügend hohe Methadondosis einnimmt."	-.017	-.066	.446	-.007	-.096
Methadon-Einstellung Nr. 32 "Methadon ist für eine langfristige Behandlung nicht geeignet."	.259	.370	-.425	.295	.100
Methadon-Einstellung Nr. 1 "Wenn man es geschafft hat, mit dem Heroinkonsum aufzuhören, ist es wichtig zur Sicherheit auch noch weiterhin Methadon zu nehmen"	.046	-.062	.423	-.100	-.032
Methadon-Einstellung Nr. 21 "Eigentlich ist es unsinnig, sich mit Methadon behandeln zu lassen, weil man sich damit eine zusätzliche Abhängigkeit auflädt."	-.024	.240	-.378	.313	.253
Methadon-Einstellung Nr. 60 "Methadon kann einem helfen, unkontrollierbare Zustände (z.B. Angst, Depression, Halluzinationen) zu kontrollieren."	.005	.139	.371	.018	-.156
Methadon-Einstellung Nr. 3 "Erst wenn ich es geschafft habe, im Leben weiter zu kommen (z.B. beruflich oder in Beziehungen), beginne ich mit dem Methadonabbau."	.095	.121	.333	.018	.174
Methadon-Einstellung Nr. 6 "Sobald einem das Methadon dazu verholffen hat, kein Heroin mehr zu konsumieren, sollte man das Methadon möglichst schnell abbauen."	.329	.371	-.132	.581	.029
Methadon-Einstellung Nr. 43 "Ich erhöhe die Methadondosis wenn möglich nicht, damit ich nicht auch noch vom Methadon abhängig werde"	.311	.348	.009	.567	-.047
Methadon-Einstellung Nr. 38 "Ich setze mir laufend Zeitlimiten innerhalb derer ich das Methadon einen weiteren Schritt abbauen möchte und bin frustriert, wenn ich das nicht schaffe."	.454	.416	.021	.518	.181
Methadon-Einstellung Nr. 35 "Ich nehme nur gerade soviel Methadon ein, dass ich keine Entzugssymptome habe. Den Rest bewahre ich auf."	.272	.052	-.054	.503	.144
Methadon-Einstellung Nr. 8 "Man muss zuerst das Methadon abbauen, um aus beruflichen, sozialen und persönlichen Problemen herauszukommen."	.269	.308	-.134	.454	.100
Methadon-Einstellung Nr. 31 "Lieber bei einer tiefen Methadondosis ab und zu Heroin konsumieren, als konstant eine hohe Methadondosis einnehmen"	.317	.397	-.102	.422	.273
Methadon-Einstellung Nr. 28 "Ich beziehe oft mehr Methadon vom Arzt, als ich einnehme und bewahre den Rest zur Sicherheit auf."	-.049	-.032	-.113	.420	.074
Methadon-Einstellung Nr. 27 "Methadon sollte möglichst nur als Hilfsmittel beim Heroinentzug eingesetzt werden, damit man nicht davon abhängig wird."	.229	.280	-.308	.398	.060
Methadon-Einstellung Nr. 58 "Es bringt nichts, die Methadondosis zu erhöhen, da sich die körperliche Abhängigkeit nach ein paar Tagen einfach auf einer höheren Dosis einpendelt."	.113	.205	-.164	.264	.117
Methadon-Einstellung Nr. 23 "Methadon hilft mir, kein Heroin zu konsumieren."	-.175	-.157	.427	.086	-.609
Methadon-Einstellung Nr. 36 "Auch wenn ich vorübergehend das nötige Geld hätte, würde ich nicht vermehrt Heroin konsumieren, weil ich auf einer genügend hohen Methadondosis eingestellt bin"	.135	-.072	.350	.116	-.566
Methadon-Einstellung Nr. 15 "Eigentlich möchte ich das Methadon nur zur Überbrückung von Heroin-Engpässen einnehmen."	.118	.040	.048	-.024	.500
Methadon-Einstellung Nr. 59 "Ich nehme jeweils soviel Methadon, damit ich im Rahmen meiner Methadonbehandlung, stressfrei ab und zu Heroin konsumieren kann."	.076	.082	-.126	.304	.496
Methadon-Einstellung Nr. 11 "Methadon ermöglicht mir, stressfreier Heroin zu konsumieren."	.168	.099	-.076	.118	.450
Methadon-Einstellung Nr. 13 "Es spielt keine Rolle wie hoch die Methadondosis ist. Wenn man Lust und genügend Geld hat, konsumiert man automatisch mehr Heroin oder andere Drogen."	.113	.251	-.193	.054	.429
Methadon-Einstellung Nr. 54 "Wenn ich es geschafft habe, das Methadon auf eine von mir gewünschte Dosis abzubauen, kommt es ab und zu vor, dass ich mich dafür mit Heroin belohne."	.027	.149	-.029	.272	.425
Methadon-Einstellung Nr. 26 "Die Methadonbehandlung führt dazu, dass man es sich in der Sucht bequem einrichten kann."	.208	.217	-.381	.193	.385
Methadon-Einstellung Nr. 46 "Ich wähle meine Methadondosis höher, als ich gerne hätte, damit ich mich physisch und psychisch stabilisieren kann."	.112	.183	.108	.166	.218

Die fünf Faktoren werden aufgrund der Faktorladungen folgendermassen bezeichnet:

1. Methadon-Abbau-Orientierung
2. Methadon-Tiefdosis-Orientierung
3. Methadon-Substitutions-Orientierung
4. Methadon-Substitutions-Angst
5. Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung

Die Faktoren sind bei der vorliegenden Lösung sehr gut interpretierbar. Die Interpretation kann weitgehend in Anlehnung an die erwarteten a-priori Einstellungsdimensionen vorgenommen werden. Im Detail betrachtet wird der erste Faktor „Methadon-Abbau-Orientierung“ genannt, da die hoch ladenden Items explizit den Abbau der Methadondosis thematisieren. Der zweite Faktor wird entsprechend der Erwartung „Methadon-Tiefdosis-Orientierung“ genannt, da die auf diesem Faktor hoch ladenden Items das Bestreben nach der Behandlung bei einer möglichst tiefen Dosis und das Vermeiden einer hohen Dosis

ausdrücken. Der dritte Faktor wird „Methadon-Substitutions-Orientierung“ genannt (anstatt wie im a-priori Modell „Rehabilitation mit Methadon-Orientierung“). Die hoch ladenden Items thematisieren die Substitution als Basis für Rehabilitationsschritte, aber kaum die Rehabilitation an sich. Es erscheint daher angemessener den Begriff „Rehabilitation“ bei der Bezeichnung wegzulassen. Der vierte Faktor „Methadon-Substitutions-Angst“ ist so nicht erwartet worden und ist daher auch etwas schwieriger zu interpretieren, als alle anderen Faktoren. Die hoch ladenden Items dieses Faktors haben zum Inhalt, sowohl eine eigentliche Substitution wie auch die Einnahme einer adäquaten Dosis zu vermeiden. Der fünfte Faktor wird gemäss den Erwartungen „Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung“ genannt. Tab. 18 zeigt die Faktorenkorrelationsmatrix. In der Diagonalen sind die Reliabilitäten der, aus den Faktoren gebildeten, Skalen (alle Items mit Faktorladungen >0.35) aufgeführt.

Tab. 18: Faktoreninterkorrelationen der 5-Faktorenlösung

Faktor	1	2	3	4	5
1. Methadon-Abbau-Orientierung	.85 ^a				
2. Methadon-Tiefdosis-Orientierung	.46	.81 ^a			
3. Methadon-Substitutions-Orientierung	-.01	-.13	.77 ^a		
4. Methadon-Substitutions-Angst	.33	.36	-.07	.70 ^a	
5. Flexibilisierung des Heroinkonsums-Orientierung	.09	.16	-.30	.03	.71 ^a

^a Cronbach's α

Es zeigt sich, dass einerseits Methadon-Abbau-Orientierung, Methadon-Tiefdosis-Orientierung und Methadon-Substitutions-Angst positiv miteinander korreliert sind. Andererseits sind Methadon-Substitutions-Orientierung und Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung negativ miteinander korreliert. Dies wird in Zusammenhang mit der folgenden Faktorenanalyse dieser Primärfaktoren ermöglichen, ihre Interpretation noch etwas zu verfeinern. Die Reliabilitäten der Faktoren (Cronbach's α) liegen zwischen 0.70 und 0.85, was als befriedigend bis gut betrachtet werden kann.

Die Generalisierbarkeit der Faktorenstruktur wird anhand der Anzahl Ladungen über 0.60 und 0.40 in der Strukturmatrix (s. Tab. 19) und anhand des FS-Werts beurteilt. Im Vergleich zu den in Kap. 4.4.1.4 formulierten Kriterien zur Beurteilung der Generalisierbarkeit einer Faktorenstruktur kann die vorliegende Faktorenlösung als befriedigend betrachtet werden. Die ersten beiden Faktoren erfüllen die Bedingungen bezüglich Anzahl substanzieller Ladungen,

der dritte Faktor erfüllt diese Bedingungen ganz knapp nicht. Bei den Faktoren vier und fünf fehlt relativ wenig zu jeweils acht substanziellen Ladungen, da in beiden Fällen jeweils ein Einstellungs-Item nur ganz knapp unter 0.40 lädt.

Tab. 19: Anzahl Items mit Ladungen > 0.40 oder > 0.60 pro Faktor

	Anzahl Ladungen > 0.40	Anzahl Ladungen > 0.60
1. Methadon-Abbau-Orientierung	14	4
2. Methadon-Tiefdosis-Orientierung	11	3
3. Methadon-Substitutions-Orientierung	9	2
4. Methadon-Substitutions-Angst	7	0
5. Flexibilisierung des Heroinkonsums-Orientierung	7	1

Der FS-Wert wird aufgrund der geringsten Ladung, die noch für die Interpretation einer der Faktoren verwendet werden muss, berechnet. In diesem Falle ist das die Ladung des Items Nr. 40 auf dem Faktor „Methadon-Substitutions-Orientierung“ ($x_2=0.446$). Der FS-Wert beträgt nun:

$$FS = 1 - (1.10 \cdot x_1 - 0.12 \cdot x_2 + 0.066) = 1 - (1.10 \cdot 1/\sqrt{125} - 0.12 \cdot 0.446 + 0.066) = 0.898$$

Der FS-Wert erreicht praktisch 0.90. Dies liefert einen starken Hinweis auf die Stichproben-unabhängigkeit dieser Fünf-Faktorenlösung. In Zusammenhang mit der guten Interpretierbarkeit und den befriedigenden Werten für die Reliabilität kann diese Fünf-Faktorenlösung im Rahmen dieser Arbeit für die weiteren Auswertungen verwendet werden. Dazu werden die Faktorwerte nach der Regressionsmethode gebildet.

5.3.3 Zwei Sekundärfaktoren

Da die Faktoren der Fünf-Faktorenlösung miteinander korrelieren, können sie als Primärfaktoren bezeichnet werden. Wie aufgrund der Faktorenkorrelationsmatrix (Tab. 18) ersichtlich wird, lassen sich Faktoren höherer Ordnung vermuten, die diesen Korrelationen zugrunde liegen. Die Korrelationsmatrix der Faktorwerte der fünf Primärfaktoren wird wiederum einer Hauptachsenanalyse unterzogen. Der Eigenwertverlauf (2.02–1.29–0.73–0.53–0.40) spricht eindeutig für eine Zwei-Faktorenlösung. Die varimax-rotierte Faktorenmatrix ist in Tab. 20 zu sehen.

Tab. 20: Varimax-rotierte Faktorenmatrix der Sekundärfaktoren

Primärfaktoren:	Sekundärfaktoren:	
	1	2
Methadon-Abbau-Orientierung	.808	-.041
Methadon-Tiefdosis-Orientierung	.705	.221
Methadon-Substitutions-Angst	.513	.104
Methadon-Substitutions-Orientierung	-.067	-.765
Flexibilisierung des Heroinkonsums-Orientierung	.088	.486

Der erste Sekundärfaktor wird wesentlich durch Methadon-Abbau- und Methadon-Tiefdosis-Orientierung bestimmt. Er wird „Methadon-Entzugs-Orientierung“ genannt. Beim zweiten Sekundärfaktor lädt die Methadon-Substitutions-Orientierung hoch negativ und die Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung schwächer positiv. Wird dieser Sekundärfaktor mit umgekehrten Vorzeichen betrachtet, entspricht er ziemlich genau der Erwartung an einen übergeordneten zweiten Faktor bei den a-priori Einstellungsdimensionen. Dieser Sekundärfaktor wird daher als „Rehabilitation mit Methadon-Orientierung“ bezeichnet. In Abb. 10 ist das in dieser Arbeit gefundene hierarchische Modell der Dimensionen der Einstellungen der Patienten zum Methadon dargestellt.

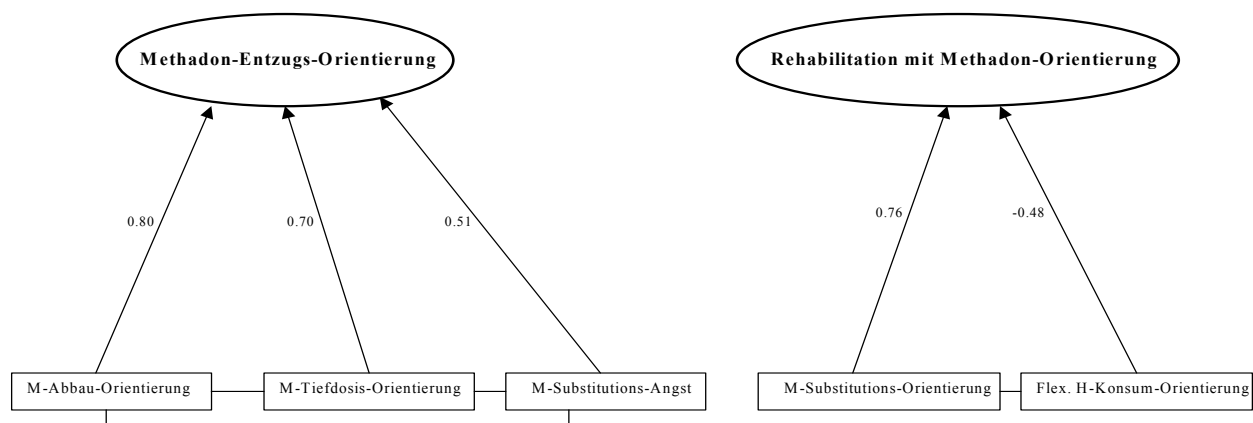


Abb. 10: Das hierarchische Modell der Patienteneinstellungen zum Methadon

Die Sekundärfaktoren des soeben dargestellten hierarchischen Modells (Modell A) sollen hier zusätzlich mit einer anderen möglichen Faktorenlösung verglichen werden. Es ist dies die Lösung mit zwei varimax-rotierten Faktoren, die direkt aus der Korrelationsmatrix der 61 Einstellungs-Items extrahiert werden, wie es bei extrem konservativer Interpretation des Scree-Tests gemacht werden müsste (Modell B). Diese beiden Faktoren können anhand der gleichen Bezeichnungen interpretiert werden. Tab. 21 zeigt die Korrelationen der Faktorwerte des Modells A mit den Faktorwerten des Modells B.

Tab. 21: Korrelationskoeffizienten der Faktorwerte aus den Modellen A und B

	A1). M-Entzugs-Orient.	A2). Rehab. mit M.-Orient.
B1). M-Entzugs-Orientierung	.98	-.05
B2). Rehabilitation mit Methadon-Orientierung	.10	.98

Zwischen den Faktorwerten aus Modell A und B kann aufgrund der Koeffizienten für die konvergenten und diskriminanten Korrelationen gesagt werden, dass praktisch eine perfekte Übereinstimmung beider Modelle besteht.

Die Einstellungen zum Methadon können also auf jeden Fall als mindestens zweidimensional betrachtet werden. Werden fünf Primärfaktoren extrahiert und schiefwinklig rotiert, ergibt sich eine Lösung, die bezüglich Interpretierbarkeit und Generalisierbarkeit als befriedigend betrachtet werden kann. Zudem können so zwei Sekundärfaktoren ermittelt werden, die mit den zwei Faktoren des konservativen Zwei-Faktorenmodells (Modell B) annähernd übereinstimmen. Das hierarchische Modell mit fünf Primär- und zwei Sekundärfaktoren (Modell A) kann im Sinne des Modells der a-priori Einstellungsdimensionen interpretiert werden und ist weitgehend generalisierbar.

5.4 Verschiedene Patientengruppen aufgrund der Einstellungen

5.4.1 Einleitung

Im Rahmen dieser Arbeit wird neben der Frage nach typischen Einstellungen auch die Frage nach typischen Patientengruppen, basierend auf deren unterschiedlichen Einstellungen, gestellt. Nachdem die Ergebnisse bezüglich der typischen Einstellungen dargestellt wurden, erfolgt im nachfolgenden Kapitel die Darstellung der clusteranalytischen Berechnung der optimalen Zuordnung der Methadonpatienten in Patientengruppen. Im darauf folgenden Kapitel erfolgt die Darstellung der diskriminanzanalytischen Evaluation der clusteranalytisch extrahierten Gruppen anhand von Diskriminanzfunktionen.

5.4.2 Anzahl bedeutsamer Cluster

Tab. 24 zeigt mit welcher Erhöhung des Heterogenitätsmasses (QS_{Fehler}) die acht letzten Fusionierungsschritte des Ward-Verfahrens einhergehen, wobei jedem Fusionierungsschritt als Heterogenitätsmass der kleinste Zuwachs der über alle Variablen summierten Fehlerquadratsummen ($\Delta QS_{\text{Fehler}}$) dient. Tab. 22 zeigt zudem die für die letzten acht Fusionierungen zu erwartenden Fehlerquadratsummen-Zuwächse ($\Delta QS_{\text{Fehler}}$). Die gesamte Zuordnungstabelle aller 107 Zuordnungs-Schritte im Rahmen des Ward-Verfahrens ist im Anhang (F1) zu finden.

Den wichtigsten Anhaltspunkt für die Bestimmung der Anzahl der Methadonpatienten-Cluster, in die sich die Stichprobenmenge aller Methadonpatienten ($n=125$) einteilen lässt, liefert das Struktogramm (vgl. Bortz, 1999, S. 559), das ähnlich auszuwerten ist wie der Scree-Test im Rahmen der faktorenanalytischen Auswertung. Von rechts kommend zeigt das Struktogramm (s. Abb. 11), mit welchem Fehlerquadratsummen-Zuwachs die einzelnen Fusionsstufen einhergehen. Die nachfolgende resultierende Graphik aus dem Ward-Verfahren lässt nach der fünft- und dritt-letzten Fusionsstufe einen deutlichen Sprung in den $\Delta QS_{\text{Fehler}}$ -Werten erkennen. Dabei wird die Anzahl Cluster extrahiert, bei der der Sprung in der Graphik stattfindet. Es kann somit von einer Lösung mit drei oder fünf Clustern ausgegangen werden. Bei der Entscheidung über die Clusterzahl besteht immer ein Konflikt zwischen der „Homogenitätsanforderung an die Clusterlösung“ und der „Handhabbarkeit der Clusterlösung“.

Tab. 22: Zuordnungsübersicht für die letzten 8 der 107 Zuordnungsschritte

Schritt	Clusteranzahl	Heterogenitätsmass (QS_{Fehler})	$\Delta QS_{\text{Fehler}}$
100	8	4822.313	118.1
101	7	4940.457	126.5
102	6	5066.907	134.1
103	5	5200.999	191.2
104	4	5392.248	197.6
105	3	5589.816	352.1
106	2	5941.961	697.5
107	1	6639.417	

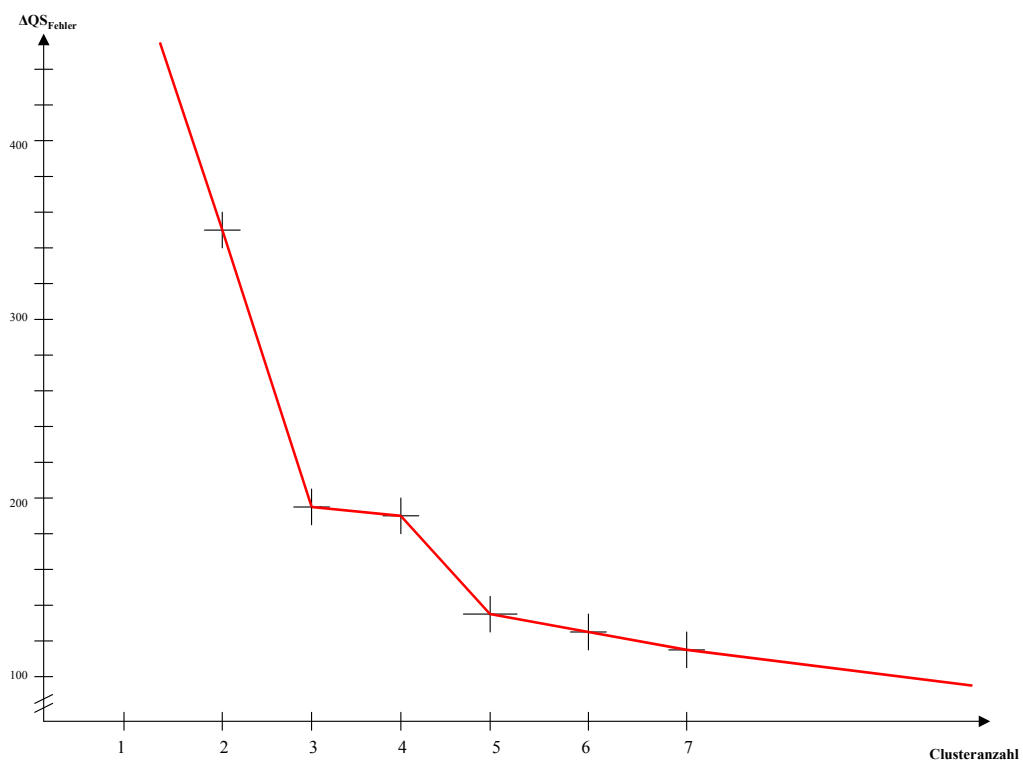


Abb. 11: Struktogramm des Ward-Verfahrens

Die Clusterzentrenanalyse nach der nicht-hierarchischen k-means-Methode bestimmt nun die Zuordnung jedes einzelnen Methadonpatienten anhand seines Beschreibungsmerkmals, dem resultierenden Vektoren seines Einstellungsmusters, zu einem Cluster, deren Anzahl anhand des hierarchischen Ward-Verfahrens berechnet wurde.

Fünf-Clusterlösung: Bei einer Anfangspartition mit fünf Cluster ist in Tab. 23 die Anzahl Fälle für die einzelnen Cluster zu entnehmen. Dabei zeigt sich, dass vor allem im zweiten Cluster lediglich sieben Probanden enthalten sind. Dieses Cluster ist mit sieben Probanden zu klein. Es ist zwar homogen, dafür ist die „Handhabbarkeit der Clusterlösung“ nicht gegeben, weshalb diese Clusterlösung nicht übernommen wird.

Tab. 23: Anzahl Probanden pro Cluster (5)

5 Cluster:	Anzahl Probanden:
1	38
2	7
3	24
4	43
5	13
total	125

Tab. 24 Anzahl Probanden pro Cluster (3)

3 Cluster:	Anzahl Probanden:
1	37
2	38
3	50
total	125

Drei-Clusterlösung: Bei einer Anfangspartition mit drei Cluster ist in Tab. 24 die Anzahl Fälle für die einzelnen Cluster zu entnehmen, wobei die Methadonpatienten der Gesamtstichprobe auf alle drei Cluster genügend ausgewogen verteilt sind. Durch den k-means-Algorithmus konnten dem ersten Cluster 37, dem zweiten Cluster 38 und dem dritten Cluster 50 Methadonpatienten anhand ihrer Einstellungen zugeordnet werden. Durch diese ausgewogene Verteilung der Probanden auf die drei Cluster, erfüllt die Drei-Clusterlösung zunächst einmal das Kriterium der „Handhabbarkeit“. Anhand der nachfolgend aufgeführten Ergebnisse der Diskriminanzanalyse und insbesondere der Kreuzvalidierung mittels der aus der Diskriminanzanalyse resultierenden zwei Diskriminanzfunktionen sollen dann auch die Generalisierbarkeit der Drei-Clusterlösung sowie das Kriterium der „Homogenität“ dieser Lösung eruiert werden.

5.4.3 Evaluation der Clusterlösung

5.4.3.1 Diskriminanzanalyse

Da im weiteren Verlauf dieser Arbeit eine Drei-Clusterlösung beibehalten wird, umfasst die auf dieser Clusterzahl basierende Diskriminanzanalyse zwei Diskriminanzfunktionen (3–1=2). Tab. 27 ist zu entnehmen, dass sich die drei Cluster durch die erste Diskriminanzfunktion hochsignifikant ($p < 0.001$) und durch die zweite sehr signifikant ($p < 0.01$) unterscheiden lassen. Den Wilks' Lambda-Werten der beiden Diskriminanzfunktionen in Tab. 25 ist zudem zu entnehmen, dass auch eine multivariate Varianzanalyse im Sinne einer ANOVA zu signifikanten Cluster-Unterschieden (und zum gleichen V-Wert) geführt hätte. Die erste Diskriminanzfunktion hat ein Diskriminanzpotenzial, das 78.6% der Gesamtvarianz erfasst.

Tab. 25: Kennwerte der zwei Diskriminanzfunktionen

Diskriminanzfunktion	Wilks-Lambda	Chi-Quadrat	df	Signifikanz
1	.027	270.665	122	.000
2	.281	95.220	60	.003

Als Interpretationsgrundlage dienen nun die Gewichtungskoeffizienten der unabhängigen Variablen. In der in Tab. 26 dargestellten Struktur-Matrix sind die jeweils acht Einstellungs-Items aufgeführt, die auf den beiden Diskriminanzfaktoren¹⁸ (Diskriminanzfunktionen) die höchste Ladung erzielen bzw. den höchsten Gewichtungskoeffizienten aufweisen und daher am meisten zur Diskriminierung der drei Cluster beitragen. Bei den Gewichtungskoeffizienten handelt es sich um die Korrelationen innerhalb der Methadonpatienten-Cluster zwischen den Diskriminanzvariablen (Einstellungs-Items) und den standardisierten¹⁹ kanonischen Diskriminanzfunktionen. Die Einstellungs-Items (Variablen) sind nach ihrer absoluten Korrelationsgröße auf der Diskriminanzfunktion geordnet.

¹⁸ In Analogie zur Hauptkomponentenanalyse bezeichnet Bortz (1999, S. 588) die resultierende Y-Achse bei der Darstellung einer Diskriminanzanalyse als Diskriminanzfaktor, während er die z-standardisierten Positionen der Werte der Versuchspersonen auf diesem Diskriminanzfaktor als Faktorwerte bezeichnet.

¹⁹ Der Gewichtungsvektor wurde auf die Länge 1 normiert.

Tab. 26: Struktur-Matrix der Diskriminanzfunktionen

Einstellungs-Items:	Funktion:	
	1	2
Methadon-Einstellung Nr. 50 "Es macht keinen Sinn, wenn man es geschafft hat mit Hilfe des Methadons mit dem Heroin aufzuhören, noch weiterhin Methadon einzunehmen."	.269(*)	-.173
Methadon-Einstellung Nr. 57 "Ich strebe einen Methadonabbau an, weil ich nicht Methadonabhängig sein möchte."	.268(*)	-.078
Methadon-Einstellung Nr. 49 "Ziel der Methadonbehandlung sollte immer der Abbau sein, da man sonst nicht mehr vom Methadon loskommt."	.259(*)	-.030
Methadon-Einstellung Nr. 61 "Die Methadondosis sollte die Anfangsdosis möglichst nicht übersteigen, damit man den Ausgang aus der Methadonbehandlung nicht aus den Augen verliert."	.241(*)	-.027
Methadon-Einstellung Nr. 42 "Je mehr ich das Methadon so abbauen kann wie ich mir das wünsche, umso entlasteter und stärker fühle ich mich."	.241(*)	.207
Methadon-Einstellung Nr. 10 "Ich stelle mich der Herausforderung, die Methadondosis immer möglichst tief zu halten."	.218(*)	-.014
Methadon-Einstellung Nr. 30 "Wenn man sich auf einer höheren Methadondosis einstellen lässt, als man eigentlich möchte, steht man plötzlich ohne es zu bemerken mit einer zu hohen Methadondosis da."	.213(*)	.009
Methadon-Einstellung Nr. 25 "Ich kann mich langfristig mit Methadon nur stabilisieren, wenn ich das Gefühl habe, dass die Methadondosis möglichst tief ist."	.200(*)	-.071
Methadon-Einstellung Nr. 41 "Meine Heroinabhängigkeit kriege ich mit jedem Milligramm Methadon, das ich abbaue, besser in den Griff."	.148	.222(*)
Methadon-Einstellung Nr. 11 "Methadon ermöglicht mir, stressfreier Heroin zu konsumieren."	.065	-.177(*)
Methadon-Einstellung Nr. 22 "Ich habe panische Angst vor dem Methadonentzug, weshalb ich zunächst einmal eine möglichst tiefe Methadondosis einnehmen will."	.137	.173(*)
Methadon-Einstellung Nr. 23 "Methadon hilft mir, kein Heroin zu konsumieren."	-.065	.152(*)
Methadon-Einstellung Nr. 46 "Ich wähle meine Methadondosis höher, als ich gerne hätte, damit ich mich physisch und psychisch stabilisieren kann."	.042	.152(*)
Methadon-Einstellung Nr. 17 "Ich bin überzeugt, dass man sich mit einer genügend hohen Methadondosis psychisch und physisch stabilisieren kann."	-.084	.138(*)
Methadon-Einstellung Nr. 35 "Ich nehme nur gerade soviel Methadon ein, dass ich keine Entzugssymptome habe. Den Rest bewahre ich auf."	.095	.119(*)
Methadon-Einstellung Nr. 2 "Die Methadonbehandlung wird zur Falle: Man kommt nicht richtig vom Heroin weg und kann sich auch nicht wirklich integrieren."	.074	-.116(*)

Gewichtungskoeffizienten der Variablen für die beiden Diskriminanzfunktionen.

(*) größte absolute Korrelation zwischen jeder Variablen und einer Diskriminanzfunktion

Der Strukturmatrix der beiden Diskriminanzfunktionen kann entnommen werden, dass die beiden auf der ersten Diskriminanzfunktion höchst ladenden Einstellungs-Items: (Nr. 50) "Es macht keinen Sinn, wenn man es geschafft hat mit Hilfe des Methadons mit dem Heroin aufzuhören, noch weiterhin Methadon einzunehmen" sowie (Nr. 57) "Ich strebe einen Methadonabbau an, weil ich nicht Methadonabhängig sein möchte" den viert- und fünft-höchst ladenden Einstellungs-Items auf der Einstellungsdimension „Methadon-Abbau-Orientierung“ entsprechen. Das höchst ladende Item auf der zweiten Diskriminanzfunktion, (Nr. 41) "Meine Heroinabhängigkeit kriege ich mit jedem Milligramm Methadon, das ich abbaue, besser in den Griff" lädt unter allen fünf Einstellungsdimensionen ebenfalls auf der

Einstellungsdimension „Methadon-Abbau-Orientierung“ am höchsten, dort allerdings nur am 13.-höchsten, weshalb es bezüglich der Einstellungsdimension „Methadon-Abbau-Orientierung“ nicht sehr bedeutend ist. Das zweit-höchst (negativ) ladende Item auf der zweiten Diskriminanzfunktion, (Nr. 11) "Methadon ermöglicht mir, stressfreier Heroin zu konsumieren" lädt hingegen als viert-höchst ladendes Einstellungs-Item auf der Einstellungsdimension „Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung“. Eine genauere Charakterisierung der beiden Diskriminanzfunktionen erfolgt durch die Korrelation der beiden Diskriminanzfunktionen mit den Primär- und Sekundärfaktoren. Aus Tab. 27 wird ersichtlich, dass die Diskriminanzfunktion 1 eine sehr hohe Korrelation ($r=0.91$) zum Sekundärfaktor „Methadon-Entzugs-Orientierung“ aufweist. Die Diskriminanzfunktion 2 ist mittelstark mit dem Primärfaktor „Methadon-Substitutions-Orientierung“ ($r=0.39$) und dem Sekundärfaktor „Rehabilitation-mit-Methadon-Orientierung“ ($r=0.35$) korreliert.

Tab. 27: Korrelationen der zwei Diskriminanzfunktionen mit den Primär- und Sekundärfaktoren

	Diskriminanzfunktion 1	Diskriminanzfunktion 2
M-Abbau-Or. (PF 1)	.83***	-.06
M-Tiefdosis-Or. (PF 2)	.71***	-.02
M-Substitutions-Or. (PF 3)	-.15	.39***
M-Substitutions-Angst (PF 4)	.64***	.15
Flex. H-Konsum-Or. (PF 5)	.20*	-.13
M-Entzugs-Or. (SF 1)	.91***	-.00
Rehab. m. M.-Or. (SF 2)	.15	.35***

* $p<0.05$; *** $p<0.001$

PF = Primärfaktor; SF = Sekundärfaktor

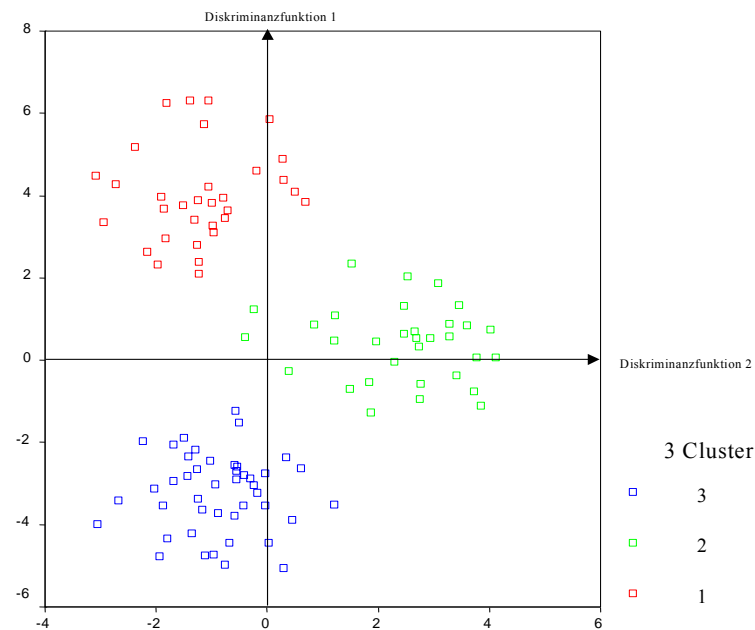


Abb. 12: Darstellung der 3-Clusterlösung anhand der zwei Diskriminanzfunktionen

In Abb. 12 ist die Drei-Clusterlösung anhand der zwei Diskriminanzfunktionen dargestellt. Die Diskriminanzfunktion 1 trennt das Cluster 1 vom Cluster 3 und die Diskriminanzfunktion 2 trennt das Cluster 2 von den Cluster 1 und 3. Dabei zeigt sich, dass Cluster 3 im Gegensatz zu Cluster 2 und 1 sehr homogen ist. Insgesamt darf bei dieser Drei-Clusterlösung das Kriterium der „Homogenität“ trotzdem als erfüllt betrachtet werden.

5.4.3.2 Kreuzvalidierung

Im Folgenden wird nun der Versuch gemacht, anhand einer Kreuzvalidierung über die Diskriminanzfunktionen die Generalisierbarkeit der Clusterlösung zu beurteilen. Dies wird anhand der, in Kap. 4.4.2.3.3 beschriebenen, Schritte durchgeführt.

Die Stichprobe ($n=125$) wird in zwei Teile geteilt: Jeder Proband erhält eine Nummer von 1 bis 125 zugeteilt. Probanden mit ungeraden Nummern werden in die Teilstichprobe A ($n_A=63$) eingeteilt, Probanden mit geraden Nummern in die Teilstichprobe B ($n_B=62$). Die Verteilung der Clusterzugehörigkeit unterscheidet sich zwischen den beiden Teilstichproben nur ganz gering ($\chi^2=1.09$; $df=2$; $p=0.57$) und kann als gleich betrachtet werden.

Tab. 28 zeigt die Kreuztabelle des Vergleichs der vorhergesagten Clusterzugehörigkeit mit der tatsächlichen Clusterzugehörigkeit in Teilstichprobe A. Die Zuordnung zu den drei tatsächlichen Clustern durch die vorhergesagte Zugehörigkeit gelingt zu 74.1%. Das Mass der Übereinstimmung beträgt $\kappa=0.60$.

Tab. 28: Kreuztabelle des Vergleichs von vorhergesagter und tatsächlicher Clusterzugehörigkeit (Teilstichprobe A)

		Tatsächliche Cluster:			
		1	2	3	total
Vorhergesagte Cluster:	1	12	2	3	17
	2	2	14	5	21
	3	0	3	17	20
total		14	19	25	58

Tab. 29: Kreuztabelle des Vergleichs von vorhergesagter und tatsächlicher Clusterzugehörigkeit (Teilstichprobe B)

		Tatsächliche Cluster:			
		1	2	3	total
Vorhergesagte Cluster:	1	14	1	0	15
	2	3	12	3	28
	3	1	1	18	20
total		18	14	21	53

Die analoge Vorhersage für die Teilstichprobe B ist in Tab. 29 dargestellt. Die Zuordnung zu den drei tatsächlichen Clustern durch die vorhergesagte Zugehörigkeit gelingt zu 83.0%. Das Mass der Übereinstimmung beträgt $\kappa=0.74$.

Die durchschnittliche Übereinstimmung zwischen vorhergesagter und tatsächlicher Clusterzugehörigkeit beträgt $\kappa=0.67$ und ist damit knapp befriedigend. Es kann gesagt werden, dass die Drei-Clusterlösung grundsätzlich als generalisierbar betrachtet werden kann und damit im Rahmen dieser Arbeit auch weiterführend verwendet werden soll. Damit kann eine der grundlegenden Fragen bzw. Vermutung, die dieser Arbeit zugrunde liegt, beantwortet bzw. belegt werden, nämlich die Frage, ob sich die Methadonpatienten anhand ihrer Einstellungen zum Methadon und zur Methadonbehandlung in unterschiedliche Gruppen einteilen lassen.

5.4.4 Beziehung der Einstellungsdimensionen zu den Patientengruppen

5.4.4.1 Unterschiede zwischen den Gruppen (Clustern)

Es wird nun berichtet, wie sich die Faktorwerte der Primärfaktoren zwischen den drei gefundenen Clustern unterscheiden.

Tab. 30 ist zu entnehmen, dass sich die drei Methadonpatienten-Gruppen bezüglich Methadonabbau-Orientierung hochsignifikant voneinander unterscheiden. Es zeigt sich, dass die Methadonpatienten der ersten Gruppe (Cluster 1) am stärksten methadonabbau-orientiert sind und die Methadonpatienten der dritten Gruppe am wenigsten.

Tab. 30: Unterschiede bezüglich Methadon-Abbau-Orientierung

Cluster-Nr.	M	s	n
1	1.07	.65	32
2	.05	.52	32
3	-.74	.56	44

ANOVA: $F=90.85$; $df=2$; $p<0.001$

Tab. 31 ist zu entnehmen, dass sich die drei Methadonpatienten-Gruppen bezüglich Tiefdosis-Orientierung hochsignifikant voneinander unterscheiden. Es zeigt sich, dass die Methadonpatienten der ersten Gruppe am stärksten tiefdosis-orientiert sind und die Methadonpatienten der dritten Gruppe am wenigsten.

Tab. 31: Unterschiede bezüglich Tiefdosis-Orientierung

Cluster-Nr.	M	s	n
1	.82	.83	32
2	.03	.72	32
3	-.68	.51	44

ANOVA: $F=45.09$; $df=2$; $p<0.001$

Tab. 32: Unterschiede bezüglich Methadon-Substitutions-Orientierung

Cluster-Nr.	M	s	n
1	-.45	1.15	32
2	.44	.54	32
3	-.05	.88	44

ANOVA: $F=7.97$; $df=2$; $p<0.01$

Tab. 32 ist zu entnehmen, dass sich die drei Methadonpatienten-Gruppen bezüglich Methadon-Substitutions-Orientierung sehr signifikant voneinander unterscheiden. Es zeigt sich, dass die Methadonpatienten der ersten Gruppe am wenigsten substitutions-orientiert sind und die Methadonpatienten der zweiten Gruppe am stärksten.

Tab. 33 ist zu entnehmen, dass sich die drei Methadonpatienten-Gruppen bezüglich ihrer Angst vor Methadonsubstitution hochsignifikant voneinander unterscheiden. Es zeigt sich, dass die Methadonpatienten der ersten Gruppe am meisten und die Methadonpatienten der dritten Gruppe am wenigsten Angst vor Methadonsubstitution haben.

Tab. 33: Unterschiede bezüglich Angst vor Methadonsubstitution

Cluster-Nr.	M	s	n
1	.62	.74	32
2	.24	.92	32
3	-.66	.44	44

ANOVA: $F=34.11$; $df=2$; $p<0.001$

Tab. 34: Unterschiede bezüglich Flexibilisierung des Heroinkonsum-Orientierung

Cluster-Nr.	M	s	n
1	.31	.96	32
2	-.11	.80	32
3	-.11	.86	44

ANOVA: $F=2.72$; $df=2$; $p=.070$

Tab. 34 ist zu entnehmen, dass Methadonpatienten der zweiten und dritten Gruppe zwar eine weniger starke Flexibilisierung des Heroinkonsums-Orientierung haben als Methadonpatienten der ersten Gruppe, dieser Unterschied aber nicht signifikant ist.

Abb. 13 ist die graphische Darstellung der Mittelwerts-Unterschiede der drei Methadonpatienten-Gruppen (Cluster) in Bezug auf die Faktorwerte der Einstellungsdimensionen (Primärfaktoren) zu entnehmen.

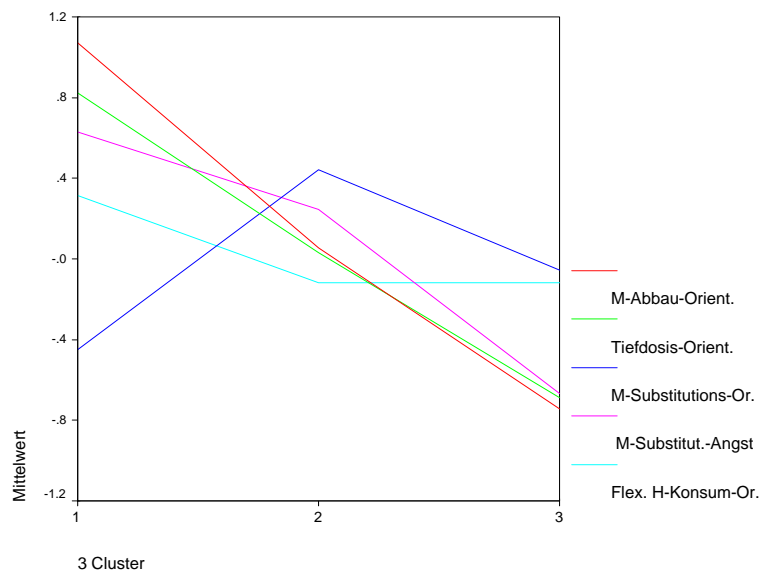


Abb. 13: Mittelwerte der 5 Primärfaktoren in den 3 Clustern

5.4.4.2 Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit

Nun wird aufgezeigt, wie gut die Zugehörigkeit zu den drei Patientengruppen aufgrund der Faktorwerte der fünf Primärfaktoren vorhergesagt werden kann. Dazu wird eine Diskriminanzanalyse mit den fünf Primärfaktoren als unabhängige Variablen, mit dem Ziel die Zugehörigkeit der einzelnen Patienten zu einer der drei Patientengruppen vorherzusagen, durchgeführt. Dies wird auf Ebene der Gesamtstichprobe und in beiden Teilstichproben (A und B) getrennt durchgeführt.

Tab. 35 zeigt die Kreuztabelle aus vorhergesagter Gruppenzugehörigkeit und tatsächlicher Gruppenzugehörigkeit auf Ebene der Gesamtstichprobe für die 108 klassifizierten Patienten. Die beiden verwendeten Diskriminanzfunktionen weisen signifikante Werte für Wilks- λ auf (Funktion 1: Wilks- λ =0.17; χ^2 =179.5; df=10; p <0.001. Funktion 2: Wilks- λ =0.83; χ^2 =19.2; df=4; p <0.01) Die Zuordnung zu den drei Clustern gelingt zu 94.4%. Die Übereinstimmung zwischen vorhergesagter und tatsächlicher Zugehörigkeit ist κ =0.91.

Die Kreuztabelle aus vorhergesagter Gruppenzugehörigkeit und tatsächlicher Gruppenzugehörigkeit in Teilstichprobe A ist in Tab. 36 dargestellt. Die erste der beiden verwendeten Diskriminanzfunktionen hat einen signifikanten Wert für Wilks- λ , bei der zweiten Diskriminanzfunktion wird die Signifikanz ganz knapp nicht erreicht (Funktion 1: Wilks- λ =0.12; χ^2 =107.4; df=10; p <0.001. Funktion 2: Wilks- λ =0.84; χ^2 =8.5; df=4;

$p=0.07$). Die Zuordnung zu den drei Clustern gelingt hier zu 92.8%. Die Übereinstimmung zwischen vorhergesagter und tatsächlicher Zugehörigkeit ist $\kappa=0.89$.

Tab. 35: Kreuztabelle aus vorhergesagter und tatsächlicher Gruppenzugehörigkeit (Gesamtstichprobe)

Vorhergesagte Zugehörigkeit:	Tatsächliche Zugehörigkeit:			
	1	2	3	total
1	29	0	0	29
2	3	30	1	34
3	0	2	43	45
total	32	32	44	108

Tab. 36: Kreuztabelle aus vorhergesagter und tatsächlicher Gruppenzugehörigkeit (Teilstichprobe A)

Vorhergesagte Zugehörigkeit:	Tatsächliche Zugehörigkeit:			
	1	2	3	total
1	13	1	0	14
2	1	16	1	18
3	0	1	23	24
total	14	18	24	56

Die Kreuztabelle aus vorhergesagter Gruppenzugehörigkeit und tatsächlicher Gruppenzugehörigkeit in Teilstichprobe B ist in Tab. 37 dargestellt. Beide der verwendeten Diskriminanzfunktionen haben einen signifikanten Wert für Wilks- λ (Funktion 1: Wilks- $\lambda=0.16$; $\chi^2=84.2$; $df=10$; $p<0.001$. Funktion 2: Wilks- $\lambda=0.80$; $\chi^2=10.1$; $df=4$; $p<0.05$). Die Zuordnung zu den drei Clustern gelingt hier zu 90.3%. Die Übereinstimmung zwischen vorhergesagter und tatsächlicher Zugehörigkeit ist $\kappa=0.85$.

Tab. 37: Kreuztabelle aus vorhergesagter und tatsächlicher Gruppenzugehörigkeit (Teilstichprobe B)

Vorhergesagte Zugehörigkeit:	Tatsächliche Zugehörigkeit:			
	1	2	3	total
1	14	0	0	14
2	4	13	0	17
3	0	1	20	21
total	18	14	20	52

Es ist also gelungen zu zeigen, dass anhand zweier unterschiedlicher methodischer Zugänge (Faktorenanalyse und Clusteranalyse) Resultate mit einem hohen Grad an Übereinstimmung erzielt worden sind. Damit liegt ein reliables und inhaltsvalides Modell mit Dimensionen der Patienteneinstellungen zum Methadon und zur Substitutionsbehandlung mit Methadon und Patientengruppen aufgrund der Einstellungen vor.

5.5 Zusammenhänge mit weiteren Variablen

Im Folgenden werden nun die Ergebnisse der Analyse der Zusammenhänge zwischen den Einstellungsdimensionen mit anderen relevanten Merkmalen und der Unterschiede zwischen den Patienteneinstellungs-Gruppen und anderen relevanten Merkmalen dargestellt.

5.5.1 Zusammenhänge der Einstellungs-Dimensionen mit anderen Variablen

Zunächst wird auf die Ergebnisse der Analyse der Zusammenhänge der Einstellungsdimensionen mit relevanten Merkmalen eingegangen. Dies sind die Veränderungsstadien-Skalen (VSS-k), die Selbstwirksamkeits-Skala, die aktuelle Methadondosis, der Verlauf der Methadondosis und der selbstberichtete Heroinkonsum.

5.5.1.1 VSS-k

Die vier Veränderungsstadien-Skalen (VSS-k) sind zunächst bezüglich ihrer internen Konsistenz und ihrer Interkorrelationen analysiert worden (Tab. 38). Die Precontemplation (PC)-Skala hat in der Version mit allen vier Items einen ungenügenden Wert für Cronbach's α ($\alpha=0.42$). Die Elimination des Items mit der geringsten Trennschärfe erhöht den Wert für α auf 0.50. Dies ist immer noch eine unbefriedigende interne Konsistenz, die für korrelative Auswertungen nur ganz knapp genügt. Auch die Werte der internen Konsistenz für die Contemplation (C)- und die Maintenance (M)-Skala sind nur knapp befriedigend. Einzig die interne Konsistenz der Action (A)-Skala zeigt einen guten Wert. Auffallend ist zudem die hohe Interkorrelation zwischen der C- und der M-Skala. Ein Zusammenhang in dieser Höhe zwischen diesen beiden Skalen ist schwierig zu interpretieren. Einzig die A-Skala zeigt befriedigende Werte und ist somit als Skala ohne Vorbehalte für die weiteren Auswertungen einsetzbar. Dies wird auch durch eine, mit den 16 VSS-k Items durchgeführte, Hauptkomponentenanalyse (MSA=0.75) untermauert. Der Eigenwertverlauf (3.9–2.3–1.6–1.1–1.0–0.9–0.7–...) spricht eindeutig für eine Drei-Faktorenlösung. Die variamax-rotierte Komponentenmatrix zeigt, dass der varianzstärkste Faktor ausschliesslich durch die vier Action-Items gebildet wird. Die Contemplation- und die Maintenance-Items fallen auf dem zweiten Faktor zusammen. Der dritte Faktor wird nur durch zwei der vier Precontemplation-Items konstituiert.

Tab. 38: Interkorrelationen und interne Konsistenzen der Skalen der VSS-k

VSS-k	PC	C	A	M
Precontemplation (PC)	.42 (.50)			
Contemplation (C)	-.28** (-.32***)	.63		
Action (A)	.06 (.04)	.29**	.82	
Maintenance (M)	-.07 (-.10)	.56***	.28**	.65

** p<0.01 ; *** p<0.001

Werte für Cronbach's α in der Diagonale

Für die, im Rahmen dieser Studie befragten, Patienten kann die Veränderungsbereitschaft im Sinne der VSS-k nur mit ganz knapp genügender Messgenauigkeit erfasst werden. Einzig die Skala für Action zeigt überzeugende Werte bezüglich Reliabilität und faktorieller Validität. Tab. 39 zeigt die Korrelationskoeffizienten der Korrelationen der Faktorwerte der fünf Primärfaktoren und den Skalenwerten der VSS-k.

Tab. 39: Korrelationen zwischen den Faktorwerten der fünf Primärfaktoren und den VSS-k-Skalen

	PC	C	A	M
M-Abbau-Orientierung	.22*	.09	.33***	.20*
M-Tiefdosis-Orientierung	.11	.19*	.31**	.12
M-Substitutions-Orientierung	-.03	.09	.28**	.13
M-Substitutions-Angst	.38***	.00	.16	.13
Flexibilisierung des H-Kons.-Or.	-.06	.20*	-.14	.15

* p<0.05; ** p<0.01 ; *** p<0.001

Aufgrund der hier vorgenommenen Mehrfachvergleiche (20 Korrelationen) werden nur Korrelationen interpretiert, die auf dem 1%-Niveau signifikant sind. Es ist dies zunächst die Korrelation zwischen der Methadon-Substitutions-Angst und der PC-Skala. Diese Korrelation ist im Sinne der VSS-k und der Interpretation des entsprechenden Primärfaktors (Methadon-

Substitutions-Angst) durchaus sinnvoll. Die Angst vor einer Methadonsubstitution bei einer genügend hohen Dosis steht im Zusammenhang mit der Abwesenheit von Veränderungsbereitschaft. Die anderen relevanten Korrelationen betreffen die A-Skala und die Methadon-Abbau-Orientierung, die Methadon-Tiefdosis-Orientierung und die Methadon-Substitutions-Orientierung. Alle drei Korrelationskoeffizienten haben eine ähnliche Ausprägung. Zur Überprüfung der in Kap. 4.4.1.5 formulierten H_0 , dass sich diese Korrelationen nicht unterscheiden, werden die beiden Korrelationen zwischen Methadon-Abbau-Orientierung und A-Skala ($r_1=0.33$; $Z_1=0.343$) und Methadon-Substitutions-Orientierung und A-Skala ($r_2=0.28$; $Z_2=0.288$) verglichen ($n_1=n_2=108$):

$$z = (Z_1 - Z_2) / \sqrt{(1/(n_1-3) + 1/(n_2-3))} = (0.343 - 0.288) / \sqrt{(1/105 + 1/105)} = \mathbf{0.561}$$

Der Wert für z liegt innerhalb des Annahmebereichs von H_0 (± 1.65). Damit kann gesagt werden, dass sowohl Methadon-Abbau- und Methadon-Tiefdosis-Orientierung wie auch Methadon-Substitutions-Orientierung im selben Umfang mit der Skala für „Action“ (A-Skala) korreliert sind.

5.5.1.2 Selbstwirksamkeit

Nun werden die Zusammenhänge zwischen den Einstellungsdimensionen und der Selbstwirksamkeit näher betrachtet. Die Skala zur Erfassung der allgemeinen Selbstwirksamkeit hat eine hohe interne Konsistenz (Cronbach's $\alpha=0.90$). In Tab. 40 sind die Korrelationen der Faktorwerte der fünf Primärfaktoren mit dieser Skala zu sehen.

Tab. 40: Korrelationskoeffizienten zwischen den fünf Primärfaktoren und der Selbstwirksamkeits-Skala

	Selbstwirksamkeits-Skala
M-Abbau-Orientierung	.17
M-Tiefdosis-Orientierung	.09
M-Substitutions-Orientierung	.13
M-Substitutions-Angst	.13
Flexibilisierung des H-Kons.-Or.	-.33***

*** $p < 0.001$

Der erwartete Zusammenhang zwischen der Methadon-Abbau- oder der Methadon-Tiefdosis-Orientierung und der Selbstwirksamkeit lässt sich nicht bestätigen. Dafür gibt es einen negativen Zusammenhang zwischen der Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung und der Selbstwirksamkeit.

5.5.1.3 Aktuelle Methadondosis, Heroinkonsum und Heroinverlangen

Die Zusammenhänge zwischen den fünf Primärfaktoren und der aktuellen Methadondosis werden anhand von Rangkorrelationen (Spearman's ρ) bestimmt, da die Methadondosis eine ausgeprägt rechtsschiefe Verteilung aufweist. Das selbe wird für die Zusammenhänge mit den Variablen Heroinkonsum und Heroinverlangen getan. Die Zusammenhänge sind in Tab. 41 abgebildet.

Tab. 41: Korrelationen der fünf Primärfaktoren mit Methadondosis, Heroinkonsum und –verlangen

	Methadondosis	Heroinkonsum	Heroinverlangen
M-Abbau-Orientierung	-.37***	.13	.21*
M-Tiefdosis-Orientierung	-.36***	.14	.22*
M-Substitutions-Orientierung	.15	-.22*	-.08
M-Substitutions-Angst	-.14	.01	.08
Flexibilisierung des H-Kons.-Or.	-.20*	.40***	.22*

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Es sollen aufgrund der Anzahl Korrelationen (je fünf pro Vergleichsvariable) im Folgenden nur Korrelationen, die auf dem 1%-Niveau signifikant sind, interpretiert werden. Die aktuelle Methadondosis ist negativ mit der Methadon-Abbau-Orientierung und der Methadon-Tiefdosis-Orientierung korreliert. Der selbstberichtete Heroinkonsum (in den letzten 30 Tagen vor der Befragung) ist positiv mit der Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung korreliert. Diese Zusammenhänge zeigen wie erwartet, dass die Einstellungen der Patienten zur Methadonbehandlung mit der Methadondosis und dem Heroinkonsum in Zusammenhang stehen.

5.5.1.4 Dosisverlauf

In Bezug zur Methadondosis soll nun näher betrachtet werden, wie die Einstellungsdimensionen mit dem Verlauf der Methadondosis in den letzten sechs Monaten vor der Befragung zusammenhängen. Dazu werden zunächst wiederum die Rangkorrelationen der fünf Primärfaktoren mit der gruppierenden Variable für den Verlauf der Methadondosis betrachtet (Tab. 42). Diese Variable kontrastiert zwischen Patienten mit stabilen Dosisverläufen und Dosiserhöhungen und Patienten mit Dosisreduktionen und Dosisreduktionen und Dosiserhöhungen. Es werden also diejenigen Patienten identifiziert, die in den letzten sechs Monaten vor der Befragung, die Methadondosis substanziell reduziert haben.

Tab. 42: Korrelationen der fünf Primärfaktoren mit dem Verlauf der Methadondosis

	Verlauf der Methadondosis ^a
M-Abbau-Orientierung	.32**
M-Tiefdosis-Orientierung	.14
M-Substitutions-Orientierung	-.15
M-Substitutions-Angst	.05
Flexibilisierung des H-Kons.-Or.	.16

** p<0.01; ^a Stabiler Verlauf = 1; Abbau der Dosis = 2

Es zeigt sich, dass nur die Methadon-Abbau-Orientierung mit dem tatsächlichen Abbau der Methadondosis in Zusammenhang steht. Dies weist darauf hin, dass die Differenzierung zwischen Methadon-Abbau-Orientierung und Methadon-Tiefdosis-Orientierung sinnvoll ist. Beide Faktoren stehen zwar in Zusammenhang mit einer tiefen Methadondosis zum Befragungszeitpunkt, aber nur die Orientierung auf den Abbau steht in Zusammenhang mit der Dosisreduktion im Verlauf der letzten sechs Monate vor der Befragung. In einem logistischen Regressionsmodell zeigt sich zudem die Methadon-Abbau-Orientierung als einziger signifikanter Prädiktor des Dosisverlaufs, wenn andere potentielle Prädiktoren (u. a. Selbstwirksamkeit und VSS-k-Skalen) ins Modell einbezogen werden (s. Anhang G1).

5.5.2 Unterschiede zwischen Patientengruppen

5.5.2.1 Soziodemographische Variablen

Zunächst sollen die aufgrund der Einstellungen gebildeten Patientengruppen anhand von soziodemographischen Variablen weiter charakterisiert werden.

Tab. 43 ist zu entnehmen, dass sich die drei Methadonpatienten-Gruppen bezüglich des Durchschnittsalters nicht signifikant unterscheiden.

Tab. 43: Mittelwerte, Standardabweichungen für das Alter nach Patientengruppen (Cluster)

Cluster-Nr.	M	s	n
1	33.25	8.08	37
2	36.05	7.52	38
3	36.24	7.67	50

ANOVA: $F=1,80$; $df=2$; $p=0.16$

Tab. 44 ist zu entnehmen, dass sich die drei Methadonpatienten-Gruppen bezüglich des Geschlechts nicht signifikant unterscheiden. Die weiblichen und männlichen Patienten sind insgesamt etwa gleichmässig auf die drei Gruppen verteilt.

Tab. 45 ist zu entnehmen, dass sich die drei Methadonpatienten-Gruppen bezüglich Erwerbstätigkeit nicht signifikant voneinander unterscheiden. Der Anteil der Erwerbstätigen ist in allen drei Gruppen etwa gleich hoch.

Tab. 44: Verteilung des Geschlechts nach Patientengruppen (Cluster)

Cluster-Nr.	weiblich	männlich
1	8	29
2	11	27
3	9	41

Chi-Quadrat nach Pearson=1.50; $df=2$; $p=0.47$

Tab. 45: Verteilung der Erwerbstätigkeit nach Patientengruppen (Cluster)

Cluster-Nr.	Erwerbstätigkeit: ja	Erwerbstätigkeit: nein
1	6	30
2	5	33
3	10	40

Chi-Quadrat nach Pearson=0.72; $df=2$; $p=0.69$

5.5.2.2 Klinische Variablen

Tab. 46 ist zu entnehmen, dass sich die Methadonpatienten der drei Gruppen bezüglich subjektiv wahrgenommener Beschwerden während der letzten 30 Tage vor der Befragung, die sie explizit auf Drogenprobleme zurückführen, auf dem 5%-Niveau signifikant unterscheiden. Die Methadonpatienten der ersten Gruppe waren mit durchschnittlich zwölf Tagen diejenigen, die am meisten, die Methadonpatienten der zweiten Gruppe waren mit etwa fünf Tagen, diejenigen, die am wenigsten Tage mit Beschwerden angaben.

Tab. 46: Mittelwerte, Standardabweichungen für Anzahl Tage mit Beschwerden durch Drogenprobleme (letzte 30 Tage) nach Patientengruppen (Cluster)

Cluster-Nr.	M	s	n
1	12.00	12.93	37
2	5.13	7.80	38
3	7.18	10.47	50

ANOVA: $F=4.06$; $df=2$; $p<0.05$

Tab. 47 ist zu entnehmen, dass sich die Methadonpatienten der drei Gruppen bezüglich des Heroinkonsums während der letzten 30 Tage vor der Befragung auf dem 1%-Niveau signifikant unterscheiden. In der ersten Gruppe gaben 21 Methadonpatienten an, Heroin konsumiert und nur 15 gaben an, kein Heroin konsumiert zu haben. Die Heroinkonsumierenden der ersten Gruppe entsprechen damit einem Anteil von 58,3% aller Methadonpatienten dieser Gruppe, die diesbezüglich eine Angabe machten. In der dritten Gruppe ist dieser Anteil 36% und in der zweiten Gruppe lediglich 23,7 %.

Tab. 48 ist zu entnehmen, dass sich die Methadonpatienten der drei Gruppen bezüglich des Heroinverlangens während der letzten 30 Tage vor der Befragung auf dem 1%-Niveau signifikant unterscheiden. In der ersten Gruppe gaben 21 Methadonpatienten an, unter Heroinverlangen gelitten zu haben und 15 gaben an, nicht unter Heroinverlangen gelitten zu haben. Die Methadonpatienten der ersten Gruppe mit Heroinverlangen entsprechen damit einem Anteil von 58,3% aller Methadonpatienten dieser Gruppe, die diesbezüglich eine Angabe machten. In der dritten Gruppe ist dieser Anteil 28% und in der zweiten Gruppe lediglich 18,4%.

Tab. 47: Verteilung des selbstberichteten Heroinkonsums nach Patientengruppen (Cluster)

Cluster-Nr.	Kein Heroinkonsum	Heroin konsumiert
1	15 (41,7%)	21 (58,3%)
2	29 (76,3%)	9 (23,7%)
3	32 (64%)	18 (36%)

Chi-Quadrat nach Pearson=9.61; df=2; p<0.01

Tab. 48: Verteilung des Heroinverlangens nach Patientengruppen (Cluster)

Cluster-Nr.	Heroinverlangen: nein	Heroinverlangen: ja
1	15 (41,7%)	21 (58,3%)
2	31 (81,6%)	7 (18,4%)
3	36 (72%)	14 (28%)

Chi-Quadrat nach Pearson=14.43; df=2; p<0.01

Tab. 49 ist zu entnehmen, dass sich die Methadonpatienten der drei Gruppen bezüglich des Methadondosisverlaufs während der letzten sechs Monate vor der Befragung auf dem 1%-Niveau signifikant unterscheiden. In der ersten Gruppe manifestierte sich während dieser sechs Monate bei 17 Methadonpatienten eine Methadondosis-Reduktion bzw. ein instabiler Methadondosis-Verlauf und bei 14 Patienten manifestierte sich eine Methadondosis-Erhöhung bzw. ein stabiler Methadondosis-Verlauf. Die Methadonpatienten der ersten Gruppe mit Methadondosis-Reduktion bzw. instabilem Methadondosis-Verlauf entsprechen damit einem Anteil von 54,8%. In der zweiten Gruppe ist dieser Anteil 22,2% und in der dritten Gruppe lediglich noch 17,8%.

Tab. 49: Verlauf der Methadondosis nach Patientengruppen (Cluster)

		3 Phasen/Gruppen			total
		1	2	3	
Dosis- verlauf:	stabil/Erhöhung	14 (45,2%)	28 (77,8%)	37 (82,2%)	79
	instabil/Reduktion	17 (54,8%)	08 (22,2%)	08 (17,8%)	33
total		31	36	45	112

Chi-Quadrat nach Pearson=13.47; df=2; p<0.01

Tab. 50 ist zu entnehmen, dass sich die Methadonpatienten der drei Gruppen bezüglich der Kongruenz zwischen der angestrebten Methadondosis und der von ihnen vermuteten Zieldosis

der behandelnden Personen auf dem 5%-Niveau signifikant unterscheiden. In der ersten Gruppe manifestiert sich diesbezüglich bei 22 Methadonpatienten eine Inkongruenz. Bei 12 Methadonpatienten manifestiert sich diesbezüglich eine Kongruenz. Die Methadonpatienten der ersten Gruppe, bei denen sich eine Inkongruenz manifestiert, entsprechen damit einem Anteil von 64,7%. In der dritten Gruppe ist dieser Anteil 38,3% und in der zweiten Gruppe noch 31,6%.

Tab. 50: Kongruenz der Behandlungsziele bezüglich Methadondosis nach Patientengruppen (Cluster)

Cluster-Nr.	Kongruenz	Inkongruenz
1	12 (35,3%)	22 (64,7%)
2	26 (68,4%)	12 (31,6%)
3	29 (61,7%)	18 (38,3%)

Chi-Quadrat nach Pearson=8.92; df=2; p<0.05

Tab. 51 ist zu entnehmen, dass sich die Methadonpatienten der drei Gruppen bezüglich des Behandlungsziels im Rahmen der aktuellen Methadonbehandlung auf dem 1%-Niveau signifikant unterscheiden. Dabei zeigt sich, dass in der ersten Gruppe, 25 (69,4%) von 36 Methadonpatienten einen Methadondosis-Abbau als Behandlungsziel angaben, der entweder auf Abstinenz vor Rehabilitation oder aber Substitution bei möglichst tiefer Methadondosis abzielt. In der zweiten Gruppe liegt dieser Anteil bei 43,2% (16 Probanden) und bei der dritten Gruppe lediglich bei 30% (15 Probanden).

Tab. 51: Behandlungsziel im Rahmen der aktuellen Methadonbehandlung nach Patientengruppen (Cluster)

Behandlungsziel:	3 Patientengruppen:			Gesamt
	1	2	3	
Totalabstinenz	20	13	9	42
möglichst tiefe Dosis	5	3	6	14
Substitution bei adäquater Dosis	5	14	28	47
Abstinenz nach Rehabilitation	6	7	7	20
total	36	37	50	123

Chi-Quadrat nach Pearson=19.26; df=6; p<0.01

Tab. 52 ist zu entnehmen, dass sich die Methadonpatienten der drei Gruppen bezüglich der globalen Beurteilung des Methadons zum Zeitpunkt der Befragung auf dem 1%-Niveau signifikant unterscheiden. Dabei zeigt sich, dass in der ersten Gruppe der Anteil, derjenigen

Methadonpatienten, der dem Methadon gegenüber insgesamt negativ gestimmt ist, bei 27,3% liegt. Dieser Anteil liegt bei der zweiten Gruppe bei 10,5% und bei der dritten Gruppe lediglich noch bei 4%.

Tab. 52: Beurteilung des Methadons zum Zeitpunkt der Befragung nach Patientengruppen (Cluster)

Cluster-Nr.	positiv	negativ
1	24 (72,7%)	9 (27,3%)
2	34 (89,5%)	4 (10,5%)
3	48 (96%)	2 (4%)

Chi-Quadrat nach Pearson=10.09; df=2; p<0.01

Tab. 53 ist zu entnehmen, dass sich die Methadonpatienten der drei Gruppen bezüglich der Methadondosis zum Zeitpunkt der Befragung auf dem 0.1%-Niveau signifikant unterscheiden. Dabei zeigt sich, dass die Methadonpatienten der ersten Gruppe mit 62,6 mg eine nur halb so hohe durchschnittliche Methadondosis haben als die Methadonpatienten der zweiten und dritten Gruppe mit einer durchschnittlichen Methadondosis von 126,8 mg bzw. 122,2 mg.

Tab. 53: Mittelwerte und Standardabweichungen für Methadondosis zum Zeitpunkt der Befragung nach Patientengruppen (Cluster)

Cluster-Nr.	M	s	n
1	62.6	50.8	36
2	126.8	80.7	38
3	122.2	79.9	50

ANOVA: F=9.12; df=2; p<0.001 ; Kruskal-Wallis: Chi²=21.88; df=2; p<0.001

Tab. 54 ist zu entnehmen, dass sich zum Zeitpunkt der Befragung die Methadonpatienten der drei Gruppen bezüglich der durchschnittlichen Dauer ihrer aktuellen Substitutionsbehandlung unterscheiden. Dabei zeigt sich, dass sich die Methadonpatienten der ersten Gruppe mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 31.1 Monaten am wenigsten lange, die Methadonpatienten der zweiten Gruppe mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 51.6 Monaten am längsten in der aktuellen Behandlung befinden. Die Testung anhand der ANOVA ergibt ein knapp nicht signifikantes Resultat. Die Testung mit dem Kruskal-Wallis-Test zeigt, dass der deutliche Unterschied zwischen der ersten Gruppe und den beiden anderen Gruppen tatsächlich signifikant ist.

Tab. 54: Dauer der aktuellen Substitutionsbehandlung (in Monaten) nach Patientengruppen (Cluster)

Cluster-Nr.	M	s	n
1	31.1	35.1	35
2	51.6	36.7	38
3	48.9	46.6	50

ANOVA: $F=2.76$; $df=2$; $p=.06$; Kruskal-Wallis: $\chi^2=8.69$; $df=2$; $p<0.05$

Insgesamt lassen sich die erwarteten Zusammenhänge belegen, wonach sich die Methadonpatienten-Gruppen unterscheiden lassen anhand der Methadon-Dosis zum Befragungszeitpunkt, des Verlaufs der Methadondosis in den letzten sechs Monaten vor der Befragung, der Dauer der aktuellen Behandlung, des selbst berichteten Heroinkonsums in den letzten 30 Tagen vor dem Befragungszeitpunkt und des Verlangens nach Heroin in den letzten 30 Tagen vor dem Befragungszeitpunkt.

5.5.2.3 Selbstwirksamkeit und Veränderungsbereitschaft

Tab. 55 ist zu entnehmen, dass sich die Methadonpatienten der drei Gruppen bezüglich des Gefühls der Selbstwirksamkeit nicht signifikant unterscheiden. Der erwartete Zusammenhang zwischen den Methadonpatienten-Gruppen und der Selbstwirksamkeit, wonach sich die Methadonpatienten der einzelnen Gruppen anhand des Gefühls ihrer allgemeinen Selbstwirksamkeit unterscheiden lassen, lässt sich somit nicht bestätigen. Inwiefern innerhalb der einzelnen Methadonpatienten-Gruppen ein Zusammenhang zwischen den einzelnen Einstellungsdimensionen, den Veränderungsstadien-Skalen und der Selbstwirksamkeit besteht, wird weiter unten erläutert.

Tab. 55: Mittelwerte und Standardabweichungen der Selbstwirksamkeits-Skala nach Patientengruppen (Cluster)

Cluster-Nr.	M	s	n
1	26.8	7.8	37
2	26.5	6.1	38
3	25.3	5.9	49

ANOVA: $F=0.65$; $df=2$; $p=0.52$

Tab. 56 ist zu entnehmen, dass sich die Methadonpatienten der drei Gruppen bezüglich ihrer Ausprägung auf der Precontemplation-Skala nicht signifikant unterscheiden. Tab. 57 ist zu entnehmen, dass sich die Methadonpatienten der drei Gruppen bezüglich ihrer Ausprägung auf der Contemplation-Skala nicht signifikant unterscheiden.

Tab. 56: Mittelwerte und Standardabweichungen der Precontemplation-Skala nach Patientengruppen (Cluster)

Cluster-Nr.	M	s	n
1	4.2	1.7	37
2	4.1	1.6	37
3	3.5	0.9	49

ANOVA: $F=2.78$; $df=2$; $p=0.06$

Tab. 57: Mittelwerte und Standardabweichungen der Contemplation-Skala nach Patientengruppen (Cluster)

Cluster-Nr.	M	s	n
1	12.6	2.6	37
2	12.3	2.7	38
3	11.9	2.5	50

ANOVA: $F=0.83$; $df=2$; $p=0.43$

Tab. 58 ist zu entnehmen, dass sich die Methadonpatienten der drei Gruppen bezüglich ihrer Ausprägung auf der Action-Skala auf dem 5%-Niveau signifikant unterscheiden. Es zeigt sich, dass die Methadonpatienten der ersten Gruppe auf der Action-Skala mit durchschnittlich 13.0 den höchsten, die Methadonpatienten der dritten Gruppe mit durchschnittlich 11.2 den tiefsten Wert haben.

Tab. 58: Mittelwerte und Standardabweichungen der Action-Skala nach Patientengruppen (Cluster)

Cluster-Nr.	M	s	n
1	13.0	2.5	37
2	12.1	2.7	38
3	11.2	2.7	50

ANOVA: $F=4.69$; $df=2$; $p<0.05$

Tab. 59 ist zu entnehmen, dass sich die Methadonpatienten der drei Gruppen bezüglich ihrer Ausprägung auf der Maintenance-Skala nicht signifikant unterscheiden.

Tab. 59: Mittelwerte und Standardabweichungen der Maintenance-Skala nach Patientengruppen (Cluster)

Cluster-Nr.	M	s	n
1	10.7	2.9	37
2	9.9	2.7	38
3	9.5	2.6	49

ANOVA: $F=2.09$; $df=2$; $p=0.12$

Die vier Skalen (Precontemplation-, Contemplation-, Action- und Maintenance-Skala) der VSS-k differenzieren also die drei Patientengruppen mit Ausnahme der Action-Skala kaum. Einzig bezüglich der Hauptdimensionen „Action“ der Veränderungsbereitschaft des Transtheoretischen Modells (TTM) zeigt sich, dass die Patienten der ersten Gruppe einen höheren Wert auf der entsprechenden Skala haben, als die anderen Patienten. Die Vermutung, wonach sich die Methadonpatienten der einzelnen Gruppen anhand der vier Hauptdimensionen der Veränderungsbereitschaft des Transtheoretischen Modells (TTM) hätten unterscheiden sollen, lässt sich somit lediglich bezüglich ihrer Skalenwerte auf der Action-Skala belegen.

5.5.2.4 Zusammenhänge innerhalb der Patienten-Gruppen

Die in Kap. 5.5.1 berichteten Zusammenhänge der Faktorwerte der Einstellungsdimensionen zu anderen Variablen sollen nun noch für jede der drei Patientengruppen getrennt betrachtet werden. Die Zusammenhänge in der ersten Patientengruppe (Cluster 1) sind in Tab. 60 dargestellt, diejenigen in der zweiten Patientengruppe (Cluster 2) in Tab. 61 und die Zusammenhänge in der dritten Patientengruppe (Cluster 3) sind in Tab. 62 dargestellt.

Tab. 60: Korrelationen zwischen den Faktorwerten der fünf Primärfaktoren, den VSS-k-Skalen und der SW-Skala in Cluster1

	PC	C	A	M	SW
M-Abbau-Orientierung	.34	.17	.45**	.14	.41*
M-Tiefdosis-Orientierung	-.12	.36*	.39*	.20	.23
M-Substitutions-Orientierung	-.05	.22	.37*	.36*	.06
M-Substitutions-Angst	.14	-.00	.14	.07	.12
Flexibilisierung des H-Kons.-Or.	-.15	.15	-.28	.03	-.53**

* p<0.05; ** p<0.01

Die Korrelationen sind in jeder der drei Gruppen anders ausgeprägt. So kommt beispielsweise der Zusammenhang zwischen Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung und Selbstwirksamkeit auf Ebene der Gesamtstichprobe nur wegen der Patienten des ersten

Clusters ($r=-0.53$) zustande. Das Gleiche gilt für die Korrelation zwischen der Methadon-Abbau-Orientierung und der Action-Skala ($r=0.45$).

Tab. 61: Korrelationen zwischen den Faktorwerten der fünf Primärfaktoren, den VSS-k-Skalen und der SW-Skala in Cluster2

	PC	C	A	M	SW
M-Abbau-Orientierung	-.02	.04	-.02	.31	-.15
M-Tiefdosis-Orientierung	.07	-.10	.06	-.30	.05
M-Substitutions-Orientierung	-.10	.28	.49**	.28	.22
M-Substitutions-Angst	.53**	-.20	-.11	-.04	.13
Flexibilisierung des H-Kons.-Or.	.05	.27	-.08	.14	-.30

** $p<0.01$

Tab. 62: Korrelationen zwischen den Faktorwerten der fünf Primärfaktoren, den VSS-k-Skalen und der SW-Skala in Cluster3

	PC	C	A	M	SW
M-Abbau-Orientierung	-.00	-.17	.11	.00	.17
M-Tiefdosis-Orientierung	-.02	.23	.05	.14	-.19
M-Substitutions-Orientierung	.08	-.08	.28	-.09	.25
M-Substitutions-Angst	.31*	-.01	-.10	.16	.02
Flexibilisierung des H-Kons.-Or.	-.23	.17	-.22	.21	-.19

* $p<0.05$

Durch die Patienten des zweiten Clusters kommt der Zusammenhang zwischen Methadon-Substitutions-Orientierung und der Action-Skala ($r=0.49$) zustande. Auch der Zusammenhang zwischen der Methadon-Substitutions-Angst und der Precontemplation-Skala kommt im Wesentlichen durch die Patienten des zweiten Clusters ($r=0.53$) zustande.

Bei den Patienten des dritten Clusters sind die Dimensionen der Einstellung zum Methadon, die vier Skalen (Precontemplation-, Contemplation-, Action- und Maintenance-Skala) der VSS-k und die Selbstwirksamkeits-Skala praktisch unkorreliert. Dafür kommt durch die Patienten des dritten Clusters der Zusammenhang zwischen Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung und Heroinkonsum zustande ($\rho=0.56$).

5.5.2.5 Zusammenfassung der Ergebnisse der Cluster- und Diskriminanzanalyse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Cluster- und Diskriminanzanalysen für jede Methadonpatienten-Gruppe einzelnen zusammengefasst. Die Zusammenfassung der Ergebnisse der einzelnen Gruppen ist aufgeteilt in Zusammenhänge zwischen und innerhalb der Gruppen. Dies soll ermöglichen, die Methadonpatienten der drei Gruppen anhand ihrer Merkmalszusammenhänge zu benennen.

5.5.2.5.1 Methadonpatienten-Gruppe 1

Unterschiede zu den anderen beiden Gruppen:

- Gruppe unterscheidet sich bezüglich Alter, Geschlecht und Erwerbstätigkeit nicht signifikant von den anderen Gruppen;
- Gruppe mit der stärksten (hochsignifikant) Methadon-Abbau-Orientierung;
- Gruppe mit der stärksten (hochsignifikant) Methadon-Tiefdosis-Orientierung;
- Gruppe mit der geringsten (sehr signifikant) Methadon-Substitutions-Orientierung;
- Gruppe mit der grössten (hochsignifikant) Methadon-Substitutions-Angst;
- Gruppe mit erhöhter (nicht-signifikant) Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung;
- Gruppe mit den meisten Tagen, an denen sie während der letzten 30 Tage vor der Befragung unter Beschwerden litten, die sie auf Drogenprobleme zurückführten (signifikant);
- Gruppe mit dem höchsten (sehr signifikant) Anteil Heroinkonsumierender während der letzten 30 Tage vor der Befragung;
- Gruppe mit dem höchsten (sehr signifikant) Anteil an Methadonpatienten, die während der letzten 30 Tage vor der Befragung unter Heroinverlangen litten;
- Gruppe mit dem höchsten (sehr signifikant) Anteil an Methadonpatienten, bei dem sich während der letzten 6 Monate vor der Befragung ein instabiler Methadondosisverlauf manifestierte;

- Gruppe mit dem höchsten (signifikant) Anteil an Methadonpatienten, bei dem sich eine Inkongruenz zwischen der angestrebten Methadondosis und der von ihnen vermuteten Zieldosis der behandelnden Personen manifestierte;
- Gruppe mit dem höchsten (sehr signifikant) Anteil an Methadonpatienten, deren Behandlungsziel im Rahmen der aktuellen Methadonbehandlung einen Methadondosis-Abbau beinhaltet, der entweder auf Abstinenz vor Rehabilitation oder aber Substitution bei möglichst tiefer Methadondosis abzielt;
- Gruppe mit dem höchsten (sehr signifikant) Anteil an Methadonpatienten, der dem Methadon gegenüber insgesamt negativ eingestellt ist;
- Gruppe mit der durchschnittlich tiefsten (hochsignifikant) Methadondosis zum Zeitpunkt der Befragung;
- Gruppe mit denjenigen Methadonpatienten, die sich zum Zeitpunkt der Befragung am wenigsten lange (signifikant) in ihrer aktuellen Methadonbehandlung befinden;
- Gruppe unterscheidet sich bezüglich allgemeiner Selbstwirksamkeit nicht signifikant von den anderen Gruppen;
- Gruppe unterscheidet sich bezüglich der Precontemplation-, Contemplation- und Maintenance-Skalen-Werte der VSS-k nicht signifikant von den anderen Gruppen;
- Gruppe mit dem höchsten (signifikant) Wert auf der Action-Skala der VSS-k;

Zusammenhänge innerhalb Gruppe 1:

- zwischen Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung und Selbstwirksamkeit (negativ, sehr signifikant);
- zwischen Methadon-Abbau-Orientierung und Action-Skala (sehr signifikant);
- zwischen Hauptdimensionen der Einstellung zum Methadon und den klinischen Variablen (nicht-signifikant);

5.5.2.5.2 Methadonpatienten-Gruppe 2

Unterschiede zu den anderen beiden Gruppen:

- Gruppe unterscheidet sich bezüglich Alter, Geschlecht und Erwerbstätigkeit nicht von den anderen Gruppen;
- Gruppe mit der stärksten (sehr signifikant) Methadon-Substitutions-Orientierung;

- Gruppe mit mässiger (nicht-signifikant) Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung,
- Gruppe mit dem geringsten (sehr signifikant) Anteil Heroinkonsumierender während der letzten 30 Tage vor der Befragung;
- Gruppe mit dem geringsten (sehr signifikant) Anteil an Methadonpatienten, die während der letzten 30 Tage vor der Befragung unter Heroinverlangen litten;
- Gruppe mit dem geringsten (signifikant) Anteil an Methadonpatienten, bei dem sich eine Inkongruenz zwischen der angestrebten Methadondosis und der von ihnen vermuteten Zieldosis der behandelnden Personen manifestierte;
- Gruppe mit der durchschnittlich höchsten (hochsignifikant) Methadondosis zum Zeitpunkt der Befragung;
- Gruppe mit denjenigen Methadonpatienten, die sich zum Zeitpunkt der Befragung am längsten (knapp nicht signifikant) in ihrer aktuellen Methadonbehandlung befinden;
- Gruppe unterscheidet sich bezüglich allgemeiner Selbstwirksamkeit nicht signifikant von den anderen Gruppen;
- Gruppe unterscheidet sich bezüglich der Precontemplation-, Contemplation- und Maintenance-Skalen-Werte der VSS-k nicht signifikant von den anderen Gruppen;

Zusammenhänge innerhalb der Gruppe 2:

- zwischen Hauptdimensionen der Einstellung zum Methadon und Selbstwirksamkeits-Skala (nicht-signifikant);
- zwischen Methadon-Substitutions-Orientierung und Action-Skala (sehr signifikant);
- zwischen Methadon-Substitutions-Angst und Precontemplation-Skala (sehr signifikant);
- zwischen Hauptdimensionen der Einstellung zum Methadon und den klinischen Variablen (nicht-signifikant);

5.5.2.5.3 Methadonpatienten-Gruppe 3

Unterschiede zu den anderen beiden Gruppen:

- Gruppe unterscheidet sich bezüglich Alter, Geschlecht und Erwerbstätigkeit nicht von den anderen Gruppen;
- Gruppe mit der geringsten (hochsignifikant) Methadon-Abbau-Orientierung;
- Gruppe mit der geringsten (hochsignifikant) Methadon-Tiefdosis-Orientierung;

- Gruppe mit der geringsten (hochsignifikant) Angst vor Methadonsubstitution;
- Gruppe mit mässiger (nicht-signifikant) Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung;
- Gruppe mit den wenigsten Tagen, an denen sie während der letzten 30 Tage vor der Befragung unter Beschwerden litten, die sie auf Drogenprobleme zurückführten (signifikant);
- Gruppe mit dem geringsten (sehr signifikant) Anteil an Methadonpatienten, bei dem sich während der letzten 6 Monate vor der Befragung ein instabiler Methadondosisverlauf manifestierte;
- Gruppe mit dem geringsten (sehr signifikant) Anteil an Methadonpatienten, deren Behandlungsziel im Rahmen der aktuellen Methadonbehandlung einen Methadondosis-Abbau beinhaltet, der entweder auf Abstinenz vor Rehabilitation oder aber Substitution bei möglichst tiefer Methadondosis abzielt;
- Gruppe mit dem geringsten (sehr signifikant) Anteil an Methadonpatienten, der dem Methadon gegenüber insgesamt negativ eingestellt ist;
- Gruppe unterscheidet sich bezüglich allgemeiner Selbstwirksamkeit nicht signifikant von den anderen Gruppen;
- Gruppe unterscheidet sich bezüglich der Precontemplation-, Contemplation- und Maintenance-Skalen-Werte der VSS-k nicht signifikant von den anderen Gruppen;
- Gruppe mit dem tiefsten (signifikant) Wert auf der Action-Skala der VSS-k;

Zusammenhänge innerhalb der Gruppe 3:

- zwischen Hauptdimensionen der Einstellung zum Methadon und Selbstwirksamkeits-Skala (nicht-signifikant);
- zwischen Hauptdimensionen der Einstellung zum Methadon und Hauptdimensionen der Veränderungsbereitschaft des Transtheoretischen Modells (nicht-signifikant);
- zwischen Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung und Heroinkonsum während der letzten 30 Tage vor der Befragung (hoch-signifikant);

5.5.2.6 Benennung der Methadonpatienten-Gruppen

Aufgrund der Beschreibung der Methadonpatienten anhand der Ergebnisse der Cluster- und Diskriminanzanalyse, lassen sich die Methadonpatienten der drei Gruppen wie folgt benennen:

- **Gruppe 1: „Methadonablehner“**
- **Gruppe 2: „Methadonbenutzer“**
- **Gruppe 3: „Methadonintegrierer“**

Im Rahmen dieser Arbeit sollen nun diese Gruppennamen weiterführend verwendet werden.

5.6 Vergleiche der Einstellungen der Patienten mit den Einstellungen der Behandelnden

Zum Schluss dieses Ergebniskapitels werden nun die Einstellungen der Behandelnden zum Methadon und zur Substitutionsbehandlung mit Methadon mit denjenigen der Patienten verglichen. Dazu muss zunächst die Basis für diesen Vergleich durch die Bildung von Vergleichsskalen geschaffen werden. Danach können die Einstellungen der Behandelnden betrachtet und anschliessend mit denjenigen der Patienten verglichen werden.

5.6.1 Vergleichsskalen und deren Reliabilität

Für die Befragung der Behandelnden sind 29 der 61 Einstellungs-Items ausgewählt und a-priori auf vier Skalen gruppiert worden (Methadon-Abstinenz-Orientierung, Tiefdosis-Orientierung, Rehabilitation-mit-Methadon-Orientierung, Heroinkonsum-Toleranz-Orientierung). Wie in Kap. 5.3 berichtet lassen sich bei den Patienten fünf korrelierte Faktoren als typische Einstellungen identifizieren. Diese Primärfaktoren können nun aber nicht als Basis für die Bildung von Vergleichsskalen verwendet werden, da diese spezifisch die typischen Einstellungen der Patienten und ihre Zusammenhänge aufzeigen. Für den Vergleich sollen als Basis die zwei Sekundärfaktoren Methadon-Entzugs-Orientierung und Rehabilitation-mit-Methadon-Orientierung verwendet werden, da diese auf Ebene der Patienten unabhängig sind und auf Ebene der Behandelnden vergleichbar durch entsprechende Items erfasst worden sind. Zusätzlich kann auch eine Vergleichskala für die Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung (Heroinkonsum-Toleranz-Orientierung auf Ebene der Behandelnden) gebildet werden.

Die Auswahl der Items für die Vergleichsskalen muss primär aufgrund von Itemanalysen auf der Ebene der Behandelnden ausgehen, da die Stichprobe der Behandelnden wesentlich kleiner ist und bei den Behandelnden nur 29 Items zur Auswahl zur Verfügung stehen und darum die Vergleichsskalen bezüglich Reliabilität möglichst auf dieser Ebene optimiert werden müssen.

Die 17 Items umfassende Vergleichskala zur Erfassung der Methadon-Entzugs-Orientierung ist auf Ebene der Behandelnden durch die Kombination aus den Items der a-priori Skalen Methadon-Abstinenz-Orientierung und Tiefdosis-Orientierung entstanden. Die Vergleichskala zur Erfassung der Rehabilitation-mit-Methadon-Orientierung wird anhand von sechs Items,

die auf Ebene der Behandelnden zur Verfügung stehen, gebildet. Die Vergleichskala für die Heroinkonsum-(Toleranz)-Orientierung wird anhand von fünf, auf der Ebene der Behandelnden, zur Verfügung stehenden Items gebildet.

Tab. 63: Interkorrelationen der Vergleichskalen und die Korrelationen der Vergleichskalen zur Abstinenzorientierungs-Skala

	(1)	(2)	(3)	(4)
1. Methadon-Entzugs-Orientierung	.87 ^a			
2. Rehabilitation-mit-Methadon-Orientierung	.12	.69 ^a		
3. Heroinkonsum-Toleranz-Orientierung	-.28	-.36*	.56 ^a	
4. Abstinenzorientierung	.86***	.23	-.33	.84 ^a

* $p < 0.05$; *** $p < 0.001$

^a Cronbachs α

In Tab. 63 sind wichtige Kennwerte der Vergleichskalen auf Ebene der Behandelnden ($n=34$) abgebildet. Es zeigt sich dass die Skala für Methadon-Entzugs-Orientierung eine sehr gute interne Konsistenz ($\alpha=0.87$) und damit ausgezeichnete Reliabilität hat. Zudem korreliert diese Skala sehr hoch mit der Abstinenzorientierungs-Skala (Gerlach & Caplehorn, 1999), was auf eindruckliche Weise die konvergente Validität dieses Konstrukts belegt. Die Skala für Rehabilitation-mit-Methadon-Orientierung hat eine knapp befriedigende interne Konsistenz von $\alpha=0.69$. Sie ist zudem nicht signifikant mit der Abstinenzorientierungs-Skala korreliert, was auf die diskriminante Validität hinweist. Die interne Konsistenz der Skala für Heroinkonsum-Toleranz-Orientierung hat eine für Forschungszwecke nur knapp genügende interne Konsistenz von $\alpha=0.56$.

Auf der Ebene der Patienten werden nun analog zur Ebene der Behandelnden die Vergleichskalen mit den entsprechenden Items gebildet. In Tab. 64 sind die Interkorrelationen und die internen Konsistenzen dieser Skalen abgebildet.

Die Vergleichskalen sind auf Patientenebene unkorreliert. Die internen Konsistenzen sind praktisch gleich hoch wie bei den Behandelnden. Für die Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung ist die interne Konsistenz etwas höher und liegt in einem knapp

befriedigenden Bereich. Nun interessiert es, wie gut die Vergleichskalen die Faktoren des in dieser Arbeit postulierten Faktorenmodells der Patienteneinstellungen repräsentieren.

Tab. 64: Interkorrelationen und interne Konsistenzen der Vergleichskalen auf Patientenebene

	(1)	(2)	(3)
1. Methadon-Entzugs-Orientierung	.85 ^a		
2. Rehabilitation-mit-Methadon-Orientierung	-.09	.69 ^a	
3. Flexibilisierung-Heroinkonsum-Orientierung	.10	-.13	.64 ^a

* p<0.05; *** p<0.001

^a Cronbachs α

Tab. 65: Korrelationen der Vergleichskalen mit den Faktoren des Faktorenmodells der Patienteneinstellungen

	Methadon-Entzugs- Orientierungs-Skala	Rehabilitation mit Methadon-Orientierungs- Skala	Flexibilisierung des Heroinkonsum- Orientierungs-Skala
M-Abbau-Or. (PF 1)	.84***	-.06	.07
M-Tiefdosis-Or. (PF 2)	.83***	-.13	.13
M-Substitutions-Or. (PF 3)	-.09	.89***	-.35
M-Substitutions-Angst (PF 4)	.60***	-.15	.00
Flex.-H-Konsum-Or. (PF 5)	.10	-.15	.89***
M-Entzugs-Or. (SF 1)	.96***	-.09	.07
Rehab.-m.-M.-Or. (SF 2)	-.09	.78***	-.54***

*** p<0.001

PF = Primärfaktor; SF = Sekundärfaktor

In Tab. 65 sind die Korrelationen der Vergleichskalen zu den Primär- und Sekundärfaktoren dargestellt. Die Vergleichskala für Methadon-Entzugs-Orientierung zeigt auf Patientenebene eine sehr hohe Übereinstimmung mit dem Sekundärfaktor „Methadon-Entzugs-Orientierung“

($r=0.96$). Diese Skala kann also als gelungene Operationalisierung dieses Sekundärfaktors betrachtet werden. Von den Primärfaktoren erfasst sie vor allem die Methadon-Abbau-Orientierung und die Methadon-Tiefdosis-Orientierung. Die Vergleichsskala für Rehabilitation-mit-Methadon-Orientierung zeigt die höchste Korrelation zum Primärfaktor Methadon-Substitutions-Orientierung ($r=0.89$). Sie erfasst eher diesen Primärfaktor, als den Sekundärfaktor „Rehabilitation-mit-Methadon-Orientierung“ und müsste daher auch entsprechend bezeichnet werden. Die Vergleichsskala für die Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung zeigt die höchste Korrelation zum ebenso genannten Primärfaktor ($r=0.89$) und erfasst diesen mit genügend hoher Übereinstimmung.

5.6.2 Vergleiche mit den Patienten

Im Folgenden werden die Einstellungen der Patienten mit denjenigen der Behandelnden anhand der Vergleichsskalen verglichen. Zunächst wird der Unterschied zwischen der Gruppe der Patienten und der Gruppe der Behandelnden betrachtet (s. Tab. 66 und Abb. 14)

Deskriptiv betrachtet haben die Patienten eine stärkere Methadon-Entzugs-Orientierung und die Behandelnden eine höhere Toleranz des Heroinkonsums, im Vergleich zur Flexibilisierungs-Orientierung bei den Patienten. Bezüglich Methadon-Substitutions-Orientierung scheinen sich in beiden Gruppen kaum zu unterscheiden.

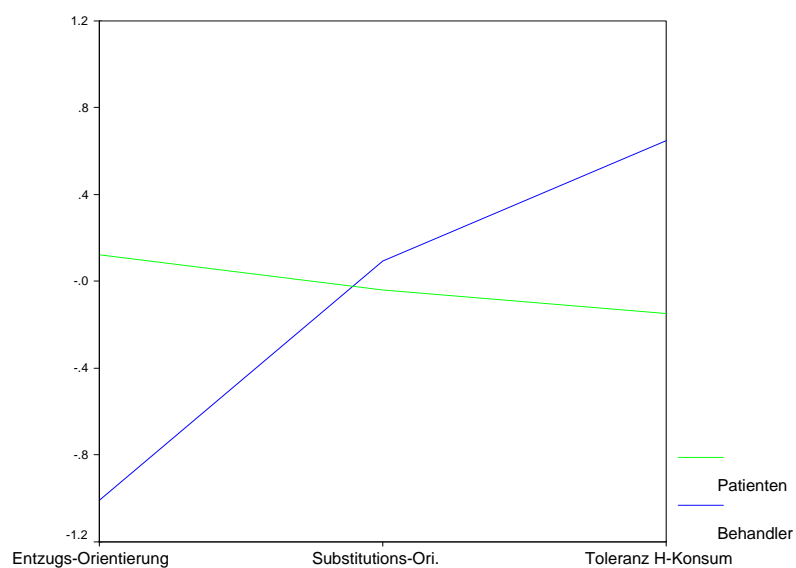


Abb. 14: Mittelwerte der Vergleichsskalen zwischen Patienten und Behandelnden

Tab. 66: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (s) der Vergleichskalen und Kennwerte des T-Tests

Vergleichskala	Pat. vs. Behandelnde	n	M	s	T	df	p
Entzugs-Orientierung	Patienten	97	0.12	0.95	7.27	36.58	0.000
	Behandelnde	16	-1.02	0.50			
Substitutions-Orientierung	Patienten	100	-0.02	1.04	-0.61	117	0.53
	Behandelnde	19	0.13	0.95			
Flex./Toleranz Heroin-Konsum	Patienten	100	-0.15	0.91	-3.02	117	0.003
	Behandelnde	19	0.54	0.94			

In Tab. 66 sind die genauen Mittelwerte und Standardabweichungen in den beiden Gruppen für alle drei Vergleichskalen aufgeführt. Die deskriptiv berichteten Mittelwertsunterschiede sind weiterführend mit dem T-Test für unabhängige Stichproben getestet worden. Es zeigt sich, dass der Unterschied bei der Methadon-Entzugs-Orientierung hochsignifikant wird. Die Patienten sind um mehr als eine Standardabweichung entzugsorientierter als ihre behandelnden Ärzte oder Therapeuten. Bezüglich Methadon-Substitutions-Orientierung scheinen tatsächlich keine Unterschiede zwischen Patienten und Behandelnden zu existieren. Die Patienten sind zudem weniger auf die Flexibilisierung des Heroinkonsum durch das Methadon orientiert, als ihre behandelnden Personen dafür Toleranz hätten.

Zusätzlich sollen nun die selben Vergleiche noch anhand der, an der Untersuchung beteiligten, Institutionen verfeinert werden.

Bezüglich der Methadon-Entzugs-Orientierung zeigt sich der Unterschied zwischen Patienten und ihren behandelnden Ärzten/Therapeuten in allen drei unterschiedlichen institutionellen Einheiten ähnlich (s. Abb. 15). Bei den Privat-Praxen scheint der Unterschied etwas kleiner zu sein, jedoch ist dieser Interaktionseffekt nicht signifikant ($F=0.90$; $df=2$; n. s.).

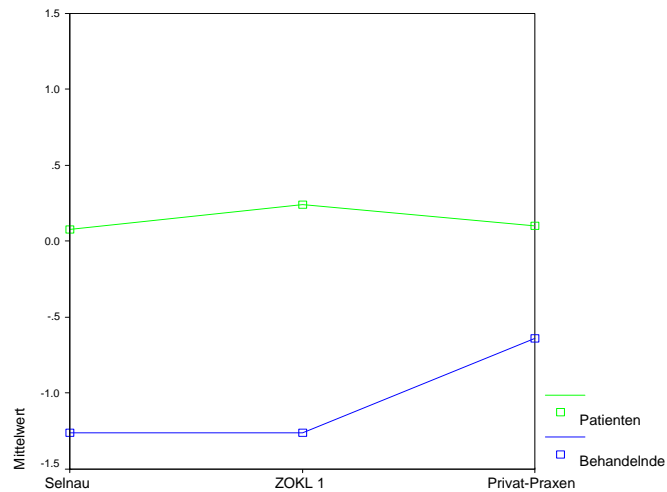


Abb. 15: Mittelwerte der *Methadon-Entzugs-Orientierungs-Skala* nach Pat. vs. Beh. und Institutionen

Bei der Substitutions-Orientierung ist die Differenz zwischen Patienten und Behandelnden im ZOKL I etwas grösser (s. Abb. 16), wiederum ist dieser Interaktionseffekt aber nicht signifikant ($F=0.50$; $df=2$; n. s.).

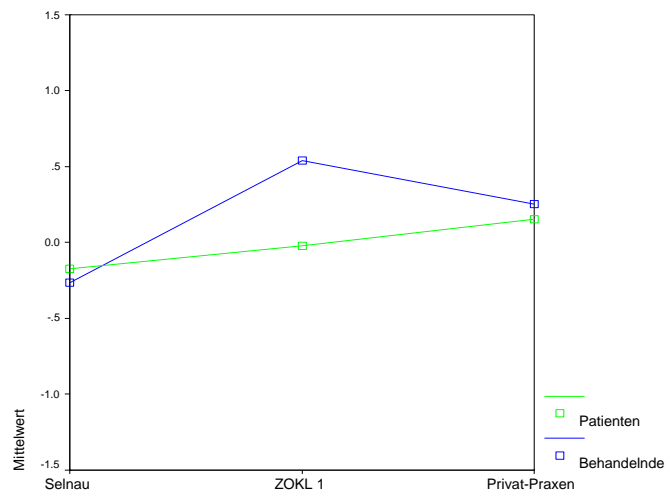


Abb. 16: Mittelwerte der *Methadon-Substitutions-Orientierungs-Skala* nach Pat. vs. Beh. und Institutionen

Patienten und Behandelnde des ZOKL I haben zusammengekommen einen höheren Mittelwert auf der Flexibilisierung/Toleranz-des-Heroinkonsums-Orientierung Vergleichsskala (s. Abb. 17), als Patienten oder Behandelnde aus dem ZAE Selnau oder den Privatpraxen ($F=3.18$; $df=2$; $p<0.05$). Die Unterschiede zwischen Patienten und Behandelnden weichen

aber bei allen drei verschiedenen institutionellen Zugehörigkeiten nicht signifikant voneinander ab ($F=0.50$; $df=2$; n. s.).

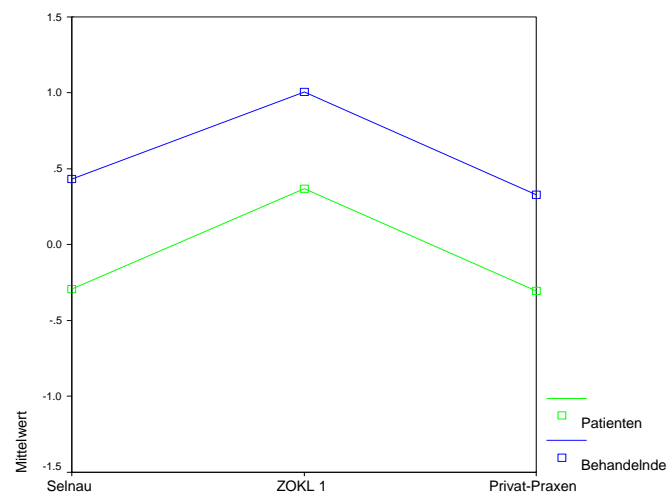


Abb. 17: Mittelwerte der *Flexibilisierung/Toleranz des Heroinkonsums-Orientierungs-Skala* nach Pat. vs. Beh. und Institutionen

6. Diskussion

Im Rahmen dieses Kapitels sollen nun die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zusammengefasst und diskutiert werden. In einem ersten Teil werden die Befunde bezüglich der typischen Patienteneinstellungen und in einem zweiten Teil die Befunde bezüglich der typischen Patientengruppen aufgrund der Einstellungen diskutiert.

6.1 Typische Patienteneinstellungen zum Methadon und zur Methadon-Substitutionsbehandlung

Die Diskussion der Befunde zu den typischen Einstellungen der Patienten soll von der Ebene der einzelnen Einstellungs-Items ausgehen. Anschliessend werden die gefundenen Dimensionen der Einstellungen betrachtet und bewertet und die Zusammenhänge zu anderen Variablen diskutiert. Nach der Diskussion des Vergleichs der Einstellungen von Patienten und Behandelnden werden die gefundenen Einstellungsdimensionen vorausblickend bewertet.

6.1.1 Die Einstellungen der Patienten auf Item-Ebene

Auf der Ebene der einzelnen Einstellungs-Items zeigt sich, dass über zwei Drittel der Patienten das Methadon grundsätzlich positiv beurteilen. So hilft ihnen beispielsweise das Methadon, kein Heroin zu konsumieren, oder die Patienten sind der Überzeugung, dass man sich mit einer genügend hohen Methadondosis psychisch und physisch stabilisieren kann. Trotzdem sind rund 60% der Patienten damit beschäftigt, ihre Methadondosis kurz- oder langfristig zu reduzieren und geben an, sich durch den Methadon-Abbau bestärkt zu fühlen oder glauben, die Beendigung der Methadonbehandlung werde mit zunehmender Dauer und Dosishöhe schwieriger. Bei deskriptiver Betrachtung widerspiegelt sich die schon bekannte Diskrepanz, dass der Vorteil einer Methadonbehandlung durchaus von einer überwiegenden Mehrheit der Patienten erkannt wird und trotzdem die Mehrheit der Patienten in irgendeiner Art und Weise die Methadonbehandlung beenden wollen und sich dabei auf die Reduktion der Methadondosis fokussieren (s. z. B. Stancliff et al., 2002). Items, die das Bedürfnis nach Heroinkonsum im Rahmen der Methadonbehandlung ausdrücken, erhalten von den Patienten am wenigsten Zustimmung (rund 10 bis 15%), obwohl fast 40% der befragten Patienten angegeben, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Heroin konsumiert zu haben.

Dies ist ein Hinweis, dass allenfalls ein gewisser Druck, sozial erwünscht zu antworten, beim Ausfüllen des self-report Fragebogens mitgespielt haben könnte. Dies wird bei den Items, die bei den Patienten entweder sehr hohe Zustimmung oder sehr hohe Ablehnung provoziert haben, gut ersichtlich. Die fünf Items mit der höchsten Zustimmung (über 70%) enthalten alle positive Behauptungen zum Methadon, während Items mit negativen Behauptungen zum Methadon (z. B. „Ich erlebe das Methadon als weitere Droge“ mit 40% Zustimmung) deutlich weniger Zustimmung erfahren haben. Zudem scheint es, dass weniger angegeben worden ist, das Methadon zum stressfreieren Heroinkonsum einzusetzen zu wollen, als dies aufgrund der Häufigkeit des später im Verlauf des Interviews erfragten Heroinkonsums zum Ausdruck kommt. Es bleibt offen, inwiefern das von rund 60% der Patienten geäußerte Bedürfnis, das Methadon kurz- oder langfristig abzubauen als sozial erwünschtes Verhalten betrachtet werden kann. Rund 68% der Patienten geben an, sich durch gelungenen Abbau der Methadondosis mehr oder weniger entlastet und gestärkt zu fühlen und 63% stimmen mehr oder weniger zu, dass die Beendigung der Methadonbehandlung umso schwieriger ist, je länger die Behandlung gedauert hat, und je höher die Methadondosis während dieser Behandlungsdauer war. Methadon wird also einerseits als positiv beurteilt, andererseits kommt klar zum Ausdruck, dass über die Hälfte der befragten Patienten das Methadon nicht einfach unbeschränkt lange einnehmen wollen.

6.1.2 Die Patienten-Einstellungsdimensionen

Diese Diskrepanz kommt auch in den, in dieser Arbeit gefundenen, grundlegenden typischen Einstellungen zur Methadon-Substitutionsbehandlung zum Ausdruck. Auf höchster Abstraktionsebene sind dies die Methadon-Entzugs-Orientierung und die Rehabilitation-mit-Methadon-Orientierung (sogenannte Sekundärfaktoren). Es ist damit gelungen, zu zeigen, dass die Einstellungen zum Methadon mindestens zweidimensional aufgefasst werden sollten. Ein mit der Methadon-Entzugs-Orientierung vergleichbares Konstrukt ist in der Form der Abstinenzorientierung bei den Behandelnden schon mehrfach erfasst und mit dem Verlauf der Methadon-Substitutionsbehandlung in Zusammenhang gebracht worden (Gerlach & Caplehorn, 1999; Caplehorn et al., 1997; Caplehorn et al., 1996c, Caplehorn et al., 1996b, Caplehorn et al., 1996a). Bei den Patienten ist in einer aktuellen quantitativen Untersuchung von Kayman et al. (2006) aber nur eine, mit der Rehabilitation-mit-Methadon-Orientierung vergleichbare, Dimension erfasst worden.

Auf einer tieferen Abstraktionsebene haben fünf korrelierte Dimensionen der Einstellung zur Methadon-Substitutionsbehandlung identifiziert werden können (sogenannte Primärfaktoren). Aus dem Bereich des Sekundärfaktors Methadon-Entzugs-Orientierung sind dies die Methadon-Abbau-Orientierung, die Methadon-Tiefdosis-Orientierung und die Methadon-Substitutions-Angst. Aus dem Bereich des Sekundärfaktors Rehabilitation-mit-Methadon-Orientierung sind dies die Methadon-Substitutions-Orientierung und die Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung. Die nächst tiefere Abstraktionsebene ist die Ebene der 61 Einstellungs-Items aus deren Korrelationsmatrix die fünf Primärfaktoren herauskristallisiert worden sind. Diese 61 Items wiederum basieren auf einer Auswahl aus 376 Patienten-Aussagen zur Methadon-Substitutionsbehandlung, die anhand einer qualitativen Voruntersuchung an 30 Patienten in Methadon-Substitutionsbehandlung generiert wurden. Dabei ist zur Auswahl dieser Einstellungs-Items ein a-priori Modell der Einstellungsdimensionen postuliert worden, anhand dessen dafür repräsentative Items ausgewählt worden sind. In Abb. 18 ist der eben vom anderen Ende her beschriebene Prozess der Entwicklung von 376 Patienten-Aussagen zu zwei Sekundärfaktoren beschrieben. Die kursiv gedruckten Werte bei den Pfeilen zwischen der Ebene der Einstellungs-Items und den Primärfaktoren stehen für die Reliabilitäten der jeweiligen Primärfaktoren. Die Werte bei den Pfeilen zwischen den Primär- und Sekundärfaktoren stehen für die Ladung auf dem Sekundärfaktor.

Das vorliegende hierarchische Faktorenmodell hat eine gute Reliabilität. Die Lösung mit fünf Primärfaktoren ist weitgehend generalisierbar. Die Reliabilitäts-Werte der fünf Primärfaktoren liegen zwischen 0.70 und 0.85, was als befriedigend bis sehr gut betrachtet werden kann. Anhand der fünf Primärfaktoren lässt sich die Zugehörigkeit zu den, im Rahmen der vorliegenden Arbeit gefundenen Einstellungs-Patientengruppen mit hoher Übereinstimmung vorhersagen ($\kappa=0.91$). Dies zeigt, dass aufgrund der Faktorwerte der fünf Primärfaktoren die Zugehörigkeit zu den Einstellungs-Patientengruppen praktisch gleich gut vorhergesagt werden kann wie durch die Werte aller 61 Einstellungs-Items. Die Reduktion von 61 Einstellungs-Items auf fünf Primärfaktoren geht also nur mit einem geringen Verlust an Reliabilität einher, bringt aber einen Gewinn an Ökonomie, da die Anzahl Items für zukünftige Untersuchungen durch eine Itemsauswahl reduziert werden kann.

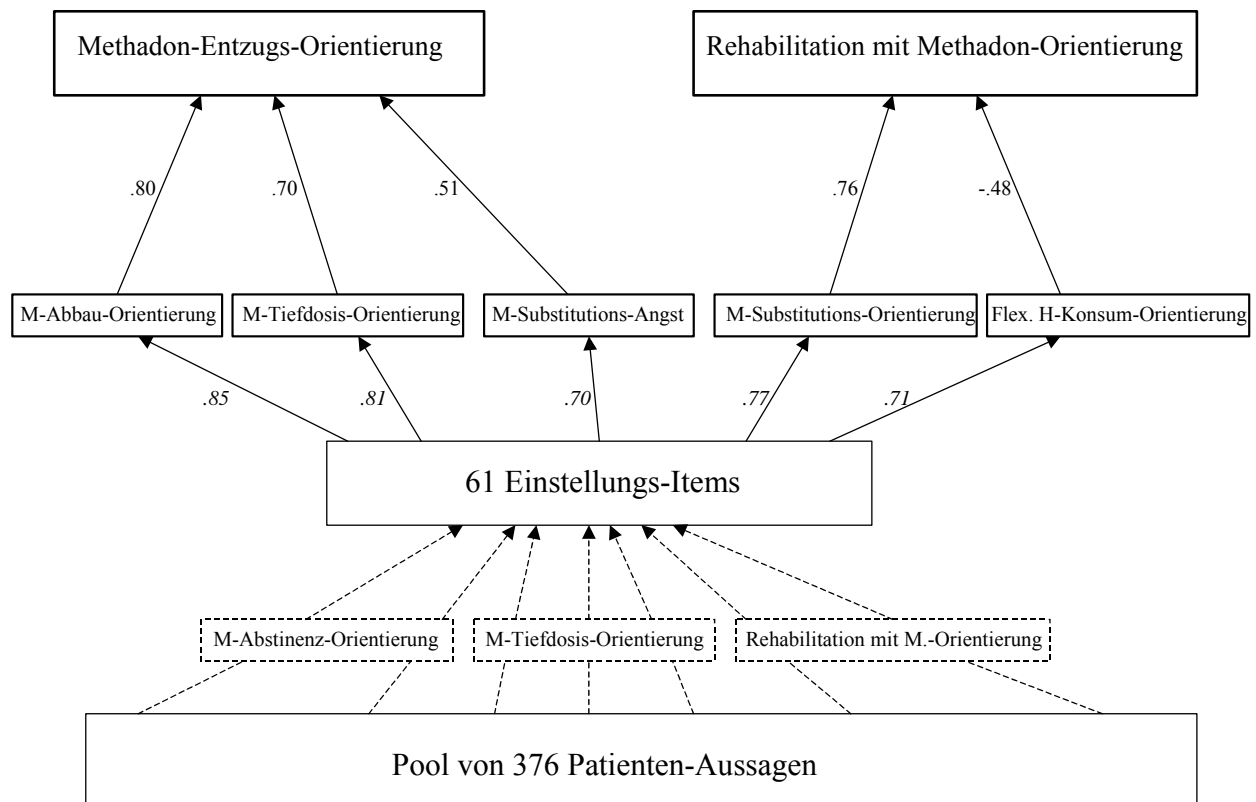


Abb. 18: Prozess der Erforschung der typischen Patienten-Einstellungen

Im Folgenden werden nun die fünf Primärfaktoren charakterisiert. Dabei werden jeweils Beispiele charakteristischer Items angeführt. Zudem werden die Verteilungen der Faktorwerte jeweils abgebildet und kommentiert.

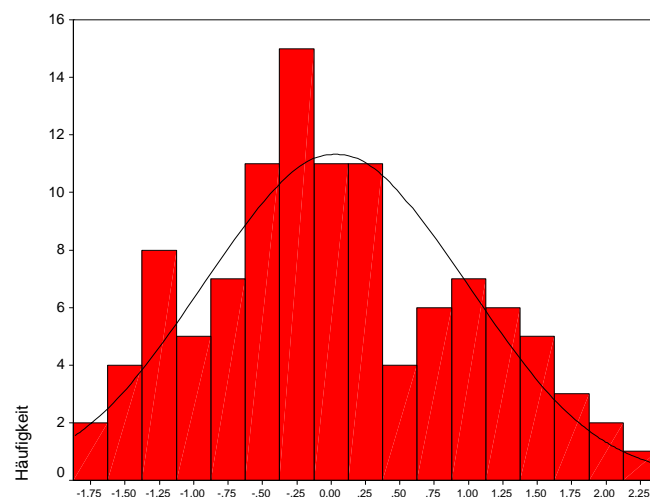


Abb. 19: Verteilung des Faktorwerts der Methadon-Abbau-Orientierung

Die *Methadon-Abbau-Orientierung* zeigt sich durch die hohen Faktorladungen von Items, die explizit den Abbau der Methadondosis thematisieren. Beispiele für solche Items sind: "Wenn

es mir jeweils psychisch wieder besser geht, neige ich dazu, das Methadon abzubauen", oder "Ziel der Methadonbehandlung sollte immer der Abbau sein, da man sonst nicht mehr vom Methadon loskommt". Die Darstellung der Verteilung der Faktorwerte in Abb. 19 zeigt, dass diese Einstellungsdimension näherungsweise normalverteilt ist. Rund 45% der Patienten haben auf dieser Dimension positive Werte und können somit als abbauorientiert bezeichnet werden.

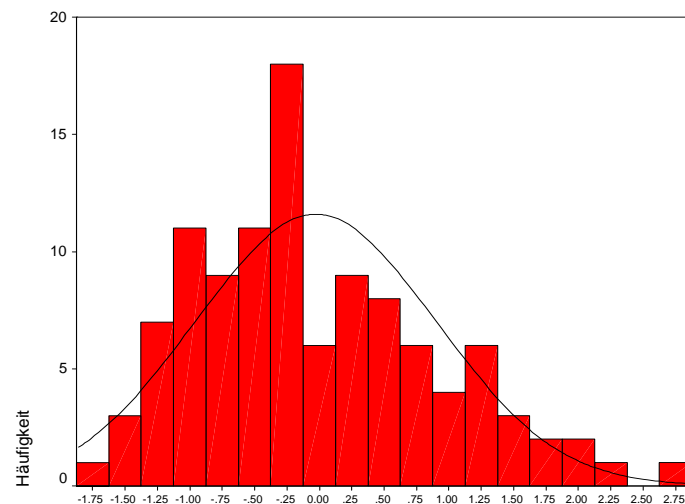


Abb. 20: Verteilung des Faktorwerts der Methadon-Tiefdosis-Orientierung

Die *Methadon-Tiefdosis-Orientierung* liegt den hohen Faktorladungen von Items zugrunde, die die Orientierung auf eine Methadonbehandlung bei einer tiefen oder einer maximal tiefen Dosis thematisieren. Beispiele für solche Items sind: "Eine hohe Methadondosis verhindert im Gegensatz zu einer tiefen Methadondosis den Zugang zu den eigenen Gefühlen und Gedanken", "ich nehme eine möglichst tiefe Methadondosis ein, weil man ab einer bestimmten Methadondosis wie in Watte gepackt ist und einem die Realität als unwirklich (wie in einem Film) erscheint" und "ich kann mich langfristig mit Methadon nur stabilisieren, wenn ich das Gefühl habe, dass die Methadondosis möglichst tief ist". Im Gegensatz zur Methadon-Abbau-Orientierung steht nicht der Abbau der Methadondosis als solcher im Vordergrund, sondern eine allfällige Reduktion der Methadondosis im Rahmen der Orientierung auf eine möglichst tiefe Methadondosis (wenn diese noch nicht erreicht ist). Die Verteilung (s. Abb. 20) weicht etwas stärker von der Normalverteilung ab, als bei der Methadon-Abbau-Orientierung. Rund 40% der Patienten haben positive Werte und sind damit tiefdosisorientiert.

Die *Methadon-Substitutions-Angst* liegt den hohen Faktorladungen von Items zugrunde, die eine generelle Skepsis oder auch Angst gegenüber der Substitutionsbehandlung mit Methadon thematisieren. Beispiele dafür sind: "Sobald einem das Methadon dazu verholfen hat, kein Heroin mehr zu konsumieren, sollte man das Methadon möglichst schnell abbauen", "ich erhöhe die Methadondosis wenn möglich nicht, damit ich nicht auch noch vom Methadon abhängig werde" und "ich nehme nur gerade soviel Methadon ein, dass ich keine Entzugssymptome habe. Den Rest bewahre ich auf". Inhaltlich gleicht diese Dimension der Abbau- und der Tiefdosis-Orientierung. Diese Dimension erfasst aber zusätzlich explizit die Angst oder Skepsis vor der Substitution mit Methadon, was im letztgenannten Item gut zum Ausdruck kommt. Die Verteilung des Faktorwerts dieser Dimension (Abb. 21) ist deutlich rechtsschief. Nur rund 36% der Patienten haben positive Werte und zeigen sich somit substitutions-ängstlich.

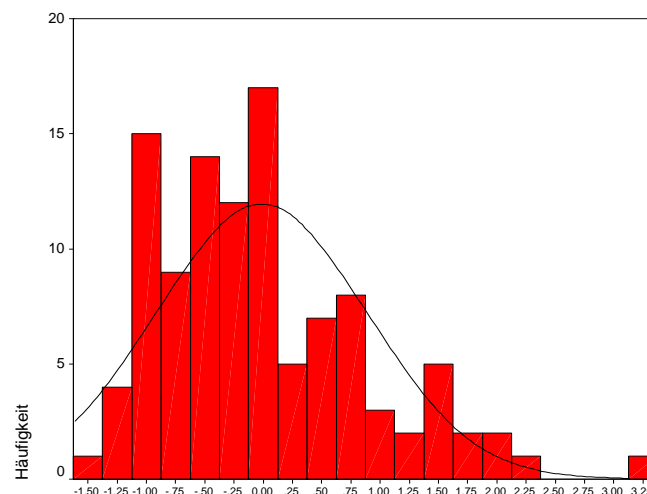


Abb. 21: Verteilung des Faktorwerts der Methadon-Substitutions-Angst

Die *Methadon-Substitutions-Orientierung* zeigt sich in den hohen Faktorladungen von Items, in denen die Methadonbehandlung positiv bewertet wird und die die Orientierung auf eine Substitution mit Methadon beinhalten. Beispiele für solche Items sind: "Methadon unterstützt mich dabei, aus beruflichen, sozialen und persönlichen Problemen herauszukommen", "ich bin überzeugt, dass man sich mit einer genügend hohen Methadondosis psychisch und physisch stabilisieren kann" und "wenn man seine Probleme (Job, Beziehungen, Finanzen) wirklich lösen will, muss man sich zuerst einmal mit Methadon über längere Zeit stabilisieren". Die Verteilung des Faktorwerts dieser Dimension ist in Abb. 22 dargestellt und zeigt sich tendenziell zweigipflig mit einem Gipfel im schwach negativen und einem Gipfel im deutlich positiven Bereich. Knapp 50% der Patienten haben positive Werte und können somit als substitutions-orientiert bezeichnet werden.

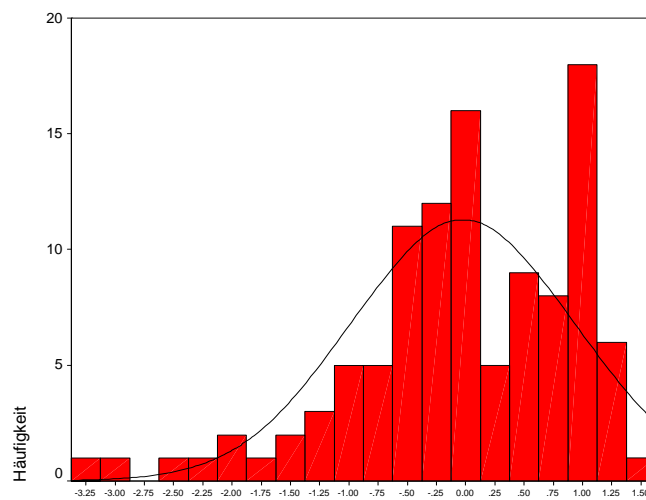


Abb. 22: Verteilung des Faktorwerts der Methadon-Substitutions-Orientierung

Die *Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung* liegt den hohen Faktorladungen von Items zugrunde, die das Bedürfnis nach Heroinkonsum im Rahmen der Methadonbehandlung ausdrücken, die Wirkung des Methadons ablehnen oder das Methadon in den Dienst des Heroinkonsums stellen. Beispiele für solche Items sind: "Auch wenn ich vorübergehend das nötige Geld hätte, würde ich nicht vermehrt Heroin konsumieren, weil ich auf einer genügend hohen Methadondosis eingestellt bin" (negativ ladend), "eigentlich möchte ich das Methadon nur zur Überbrückung von Heroin-Engpässen einnehmen" und "Methadon ermöglicht mir, stressfreier Heroin zu konsumieren". Die Verteilung des Faktorwerts dieser Dimension ist in Abb. 23 dargestellt und zeigt sich tendenziell rechtsschief. Trotzdem haben immer noch 39% der Patienten einen positiven Wert und können als flexibilisierungs-orientiert bezeichnet werden.

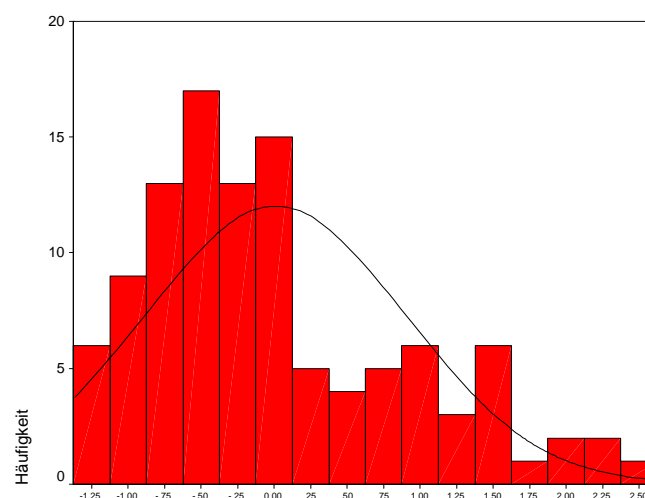


Abb. 23: Verteilung des Faktorwerts der Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung

6.1.3 Zusammenhänge der typischen Patienteneinstellungen zu anderen Patientenmerkmalen

Neben den Einstellungen zum Methadon sind in dieser Arbeit auch andere Patientenmerkmale erhoben worden. Es sind dies Behandlungsmerkmale wie die Methadondosis zum Befragungszeitpunkt und der Verlauf der Methadondosis in den letzten sechs Monaten vor der Befragung oder psychologische Merkmale wie die allgemeine Selbstwirksamkeitsüberzeugung oder die Veränderungsbereitschaft. Nun sollen die Zusammenhänge zwischen den Einstellungen der Patienten und diesen weiteren Merkmalen diskutiert werden.

Einen wesentlichen Anlass für die Erforschung der Patienteneinstellungen zur Methadon-Substitutionsbehandlung hat der Bericht von Rehm und Uchtenhagen (2001) zur Evaluation der Methadonbehandlungen in der Schweiz für den Zeitraum 1995 bis 2000 gegeben. Im Rahmen einer Meta-Analyse ist ermittelt worden, dass die Patienten, gemessen an internationalen Dosierungsrichtlinien, unterdosiert sind (rund 50% der Patienten mit einer Tagesdosis unter 60 mg). In der vorliegenden Arbeit zeigt die Verteilung der Methadondosis zum Befragungszeitpunkt ein vergleichbares Bild. Die Verteilung ist ebenfalls rechtsschief, der Median liegt jetzt aber rund 20 mg höher, also bei 80 mg. Rund ein Drittel der Patienten hat eine Tagesdosis von unter 60 mg. Die Methadon-Abbau-Orientierung und die Methadon-Tiefdosis-Orientierung hängen beide mittelstarken negativ mit der Methadondosis zusammen ($\rho = -.37$ und $\rho = -.36$). Zudem hat gezeigt werden können, dass abbau-orientierte Patienten die Methadondosis öfter im Zeitraum von sechs Monaten vor der Befragung um mehr als einen Sechstel von der Ausgangsdosis reduziert haben, als die anderen Patienten ($\rho = .32$). Damit ist der bei Rehm und Uchtenhagen (2001) formulierte Forderung, die Gründe für die Unterdosierung sollten untersucht werden, nachgegangen worden. Patienten mit hohen Werten für Abbau- oder Tiefdosis-Orientierung tendieren dazu, die Methadondosis zu reduzieren und sich zudem als aktiv-veränderungsbereit im Sinne des Transtheoretischen Modells (TTM) zu interpretieren. Demgegenüber tendieren substitutions-orientierte Patienten, sich ebenfalls als aktiv-veränderungsbereit zu bezeichnen. Die Substitutions-Orientierung zeigt aber keinen nennenswerten Zusammenhang mit einem stabilen Dosisverlauf in den letzten sechs Monaten vor der Befragung. Es lässt sich nun vermuten, dass die Unterdosierung also wesentlich von der Methadon-Abbau- und der Methadon-Tiefdosis-Orientierung beeinflusst ist. Patienten mit hohen Werten für Methadon-Abbau-Orientierung tendieren dazu, die Methadondosis laufend zu reduzieren. Patienten mit hohen Werten für Methadon-Tiefdosis-Orientierung tendieren dazu, die Methadondosis dann zu reduzieren, wenn sie ihnen

zu hoch erscheint. Die Methadon-Substitutions-Orientierung hingegen zeigt sich in Bezug auf die Unterdosierung als weniger verhaltensrelevant und ist nicht signifikant mit der Höhe der Methadondosis und dem Verlauf der Methadondosis korreliert. Die Methadon-Substitutions-Orientierung steht allenfalls in positivem Zusammenhang mit der Behandlungsdauer. Kayman et al. (2006) berichten, dass Patienten mit einer positiven Einstellung zur Methadon-Substitutionsbehandlung länger in Behandlung verbleiben, als Patienten mit einer negativen Einstellung. Die Erfassung der Einstellung ist bei Kayman et al. (2006) mit einer Skala erfolgt, die am ehesten mit der Methadon-Substitutions-Orientierung vergleichbar ist. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung hat sich aber kein überzufälliger Zusammenhang zwischen der Dauer der aktuellen Behandlung und der Methadon-Substitutions-Orientierung gezeigt.

Ein weiterer relevanter positiver Zusammenhang zeigt sich zwischen der Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung und dem selbstberichteten Heroinkonsum in Bezug auf die letzten 30 Tage vor der Behandlung ($p=0.40$). Flexibilisierungs-orientierte Patienten konsumieren also öfters Heroin, als andere Patienten. Zudem zeigt sich, dass diese Orientierung unabhängig von der Abbau- oder der Tiefdosis-Orientierung ist und demzufolge sowohl bei abbau- oder tiefdosis-orientierten Patienten wie auch bei Patienten, die nicht abbau- oder tiefdosis-orientiert sind, vorkommen kann. Die Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung hängt negativ mit der allgemeinen Selbstwirksamkeitsüberzeugung zusammen ($r=-0.33$). Flexibilisierungs-orientierte Patienten haben also tendenziell eine tiefere Selbstwirksamkeit, als andere Patienten.

Die Erfassung der Kurzform der Veränderungsstadien Skalen (VSS-k) hat zunächst gezeigt, dass die bei Fecht et al. (1998) berichtete vier-dimensionale Struktur der Veränderungsbereitschaft bei Patienten in stationärer Behandlung der Alkoholabhängigkeit für Patienten in Methadon-Substitutionsbehandlung wenig adäquat ist. Die 16 Items lassen sich durch die Hauptkomponentenanalyse auf nur drei anstatt vier Dimensionen gruppieren: „Aktive Veränderungsbereitschaft (TTM-Action)“, „Unklare Veränderungsbereitschaft“ (TTM-Contemplation und TTM-Maintenance) und „Keine Veränderungsbereitschaft“ (ein Teil von TTM-Precontemplation). Von den vier Dimensionen der Veränderungsbereitschaft lässt sich nur die TTM-Action-Dimension mit guter Reliabilität und faktorieller Validität erfassen. Die Reliabilitäten der Skalen für TTM-Contemplation und TTM-Maintenance sind immerhin noch genügend hoch, die Reliabilität der Precontemplation-Skala ist aber ungenügend und hat erst

durch das Weglassen eines Items einen für Forschungszwecke knapp genügenden Wert erreicht. Die mässige faktorielle Validität der VSS-k hat aber wenig Konsequenzen für die Testung der Hypothese, dass die Action-Skala gleich hoch mit den Dimensionen aus dem Bereich der Abbau-/Tiefdosis-Orientierung und den Dimensionen aus dem Bereich der Rehabilitation-mit-Methadon-Orientierung zusammenhängt, gehabt, da die VSS-k-Action-Skala als einzige der VSS-k-Skalen wie berichtet gute faktorielle Validität und Reliabilität aufweist. Es hat sich gezeigt, dass die Methadon-Abbau-Orientierung, die Methadon-Tiefdosis-Orientierung und die Methadon-Substitutions-Orientierung je gleich hoch positiv mit der aktiven Veränderungsbereitschaft (VSS-k-Action-Skala) korrelieren (zwischen $r=0.28$ und $r=0.33$) und dass sich diese Korrelationen nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Einige der gefundenen Zusammenhänge zeigen auf, dass die Patienteneinstellungen in der Behandlung verhaltensrelevant werden können. Abbau-orientierte Patienten sind bestrebt, die Methadondosis tatsächlich laufend reduzieren zu wollen, was bei diesen Patienten durch die resultierende Unterdosierung die Wahrscheinlichkeit ernsthafter Rückfälle ansteigen lässt. Patienten mit Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung geben an, auch tatsächlich mehr Heroin zu konsumieren. Die Methadon-Substitutions-Orientierung steht hingegen kaum im Zusammenhang mit den Verhaltensmerkmalen. Es besteht ein schwacher negativer Zusammenhang zum selbst berichteten Heroinkonsum ($\rho=-0.22$), aber kein Zusammenhang zur Methadondosishöhe und zum Verlauf der Methadondosis. Wie bereits berichtet, zeigt sich etwas mehr als die Hälfte der Patienten substitutions-orientiert, was aber offenbar keinen Einfluss auf die Stabilität des Dosisverlaufs hat. Die Items aus dem Bereich der Substitutions-Orientierung sind also weniger selektiv in Bezug auf die Verhaltensrelevanz, da sie allenfalls auch eher im Sinne der sozialen Erwünschtheit beantwortet worden sind. Es genügt also nicht, die Patienten zu fragen, ob sie die Methadon-Substitutionsbehandlung gut oder schlecht fänden wie das tendenziell in der von Kayman et al. (2006) berichteten Untersuchung mit der „Opinion About Methadone“-Skala (OAM-5) gemacht worden ist. Erst die differenzierte, mehrdimensionale Erfassung der Patienten-Einstellungen bringt einen Informationsgewinn, der aus klinischer Sicht relevant ist.

6.1.4 Vergleich mit den Einstellungen der Behandelnden

Im Rahmen dieser Arbeit ist auch die Frage gestellt worden, ob sich die Patienteneinstellungen auch bei den sie behandelnden Personen mit genügender Reliabilität erfassen lassen und wie die Behandelnden im Vergleich zu den Patienten zur Methadon-Substitutionsbehandlung eingestellt sind.

Zur Beantwortung dieser Fragen sind zunächst die Vergleichsskalen gebildet worden. Die erste Vergleichsskala erfasst auf Patientenebene den Sekundärfaktor Methadon-Entzugs-Orientierung mit sehr hoher Übereinstimmung ($r=0.96$) und auf Ebene der Behandelnden eine Kombination der a-priori Skalen Methadon-Abstinenz-Orientierung und Methadon-Tiefdosis-Orientierung. Diese Skala kann daher als „*Methadon-Entzugs-Orientierungs-Skala*“ bezeichnet werden. Diese 17 Items umfassende Skala hat eine sehr hohe interne Konsistenz (Behandelnde: $\alpha=0.87$; Patienten; $\alpha=0.85$) und zeigt hervorragende Kennwerte für konvergente Validität ($r=0.86$) mit der Abstinenzorientierungs-Skala von Gerlach und Caplehorn (1999). Die zweite Vergleichsskala erfasst auf Patientenebene den Primärfaktor Methadon-Substitutions-Orientierung mit höherer Übereinstimmung ($r=0.89$) als den Sekundärfaktor Rehabilitation-mit-Methadon-Orientierung ($r=0.78$) und wird daher als „*Methadon-Substitutions-Orientierungs-Skala*“ bezeichnet. Diese sechs Items umfassende Skala zeigt knapp befriedigende Werte für die interne Konsistenz (Behandelnde: $\alpha=0.69$; Patienten; $\alpha=0.69$) und eine genügend tiefe (nicht signifikante) Korrelation als Wert für die diskriminante Validität in Bezug auf die Abstinenzorientierungs-Skala ($r=0.23$). Die dritte Vergleichsskala erfasst auf Patientenebene den Primärfaktor Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung mit hoher Übereinstimmung ($r=0.89$) und auf Ebene der Behandelnden die a-priori Skala Heroinkonsum-Toleranz-Orientierung. Die fünf Items umfassende Skala wird als „*Flexibilisierung/Toleranz-des-Heroinkonsums-Orientierungs-Skala*“ bezeichnet und zeigt auf Patientenebene genügende und auf Ebene der Behandelnden nur knapp genügende Werte für die interne Konsistenz (Behandelnde: $\alpha=0.56$; Patienten; $\alpha=0.64$).

Es ist also gelungen, die Einstellungen der Patienten auch bei den sie behandelnden Personen mit knapp genügenden bis sehr guten Kennwerten für die Reliabilität zu erfassen. Zudem belegen die Kennwerte für die konvergenten und diskriminanten Validitäten im Vergleich zur Abstinenzorientierungs-Skala von Gerlach und Caplehorn (1999) die Kriteriumsvalidität der Vergleichsskalen Methadon-Entzugs-Orientierung und Methadon-Substitutions-Orientierung.

Die dritte Skala Flexibilisierung/Toleranz-des-Heroinkonsums-Orientierung genügt bezüglich Reliabilität nur knapp, ist aber trotzdem für den Einstellungsvergleich verwendet worden.

Die Vergleich der Einstellungen von Patienten und ihren behandelnden Personen zeigt in erster Linie, dass die Patienten in Bezug auf das Methadon entzugs-orientierter sind, als ihre behandelnden Personen. Die Behandelnden zeigen sich in der vorliegenden Stichprobe praktisch überhaupt nicht entzugs-orientiert. Sie haben auf der Methadon-Entzugs-Orientierungs-Skala einen sehr tiefen Mittelwert bei einer geringen Streuung. Die Behandelnden von den verschiedenen Behandlungseinrichtungen unterscheiden sich nicht in Bezug auf ihre Methadon-Entzugs-Orientierung.

Bei der Methadon-Substitutions-Orientierung zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Patienten und den Behandelnden. In beiden Gruppen liegen die Mittelwerte nahe bei Null bei vergleichbarer Streuung. Weder Behandelnde noch Patienten der verschiedenen Behandlungseinrichtungen unterscheiden sich in Bezug auf ihre Methadon-Substitutions-Orientierung.

Bezüglich der Flexibilisierung/Toleranz-des-Heroinkonsums-Orientierung zeigen die Behandelnden im Vergleich zu ihren Patienten signifikant höhere Werte auf der Vergleichsskala. Zudem haben sowohl Patienten wie auch Behandelnde des ZOKL 1 höhere Werte, als Patienten und Behandelnde der anderen Behandlungseinrichtungen. Die Behandelnden haben also eine höhere Toleranz für die Flexibilisierung des Heroinkonsums ihrer Patienten durch das Methadon, als die Patienten angeben, den Heroinkonsum durch das Methadon flexibilisieren zu wollen. Zudem suchen sich Patienten mit stärkerer Ausprägung der Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung wohl Behandelnde, die dieser Orientierung toleranter gegenüber stehen.

Die Patienten wollen also weitaus stärker das Methadon abbauen oder entziehen, als ihre Behandelnden das für sie anstreben. Das Problem der Abstinenzorientierung der Behandelnden im Rahmen der Methadonbehandlung der Heroinabhängigkeit, das in den 90er Jahren in den USA und in Australien gut dokumentiert worden ist (Forman et al., 2001; Caplehorn et al., 1998; Caplehorn et al., 1997; Kang et al., 1997; Caplehorn et al., 1996c; Caplehorn et al., 1996b; Caplehorn et al., 1996a), zeigt sich also in der vorliegenden Untersuchung überhaupt nicht. Die Behandelnden orientieren sich eher evidenzbasiert auf

eine möglichst stabil verlaufende Methadonsubstitution und sind dem Heroinbeikonsum ihrer Patienten gegenüber tolerant eingestellt. Methadon-entzugsorientierte Patienten können also ihre Behandelnden kaum aufgrund entsprechender Methadon-Entzugs-Orientierung auswählen, sondern eher aufgrund deren Toleranz für den Heroinbeikonsum. Der fehlende Unterschied zwischen Patienten und ihren Behandelnden bezüglich Methadon-Substitutions-Orientierung könnte ein weiterer Hinweis auf den Einfluss sozial erwünschten Verhaltens bei den Patienten bei der Beantwortung der Items dieser Skala sein. Andererseits wäre auch ein gewisser Lerneffekt bei den Patienten durch die laufende Aufklärung über die Evidenzbasis der Substitutionsbehandlung mit Methadon durch die Behandelnden denkbar. Der massive Unterschied bezüglich Methadon-Entzug-Orientierung bleibt aber trotzdem bestehen und stellt wohl die grösste Herausforderung an die Behandelnden in Bezug auf die Einstellungen ihrer Patienten zum Methadon dar.

6.1.5 Bewertung der Erfassung der typischen Patienteneinstellungen und Ausblick

Aufgrund der Erfahrung aus der vorliegenden Untersuchung kann gesagt werden, dass sich die fünf Primär- und die zwei Sekundärfaktoren bei den Patienten sehr gut erfassen lassen, da die verwendeten Einstellungs-Items bei den Patienten eine sehr gute Akzeptanz aufweisen. Die Reliabilität der Konstrukte ist durchgängig $\alpha > 0.70$ und für die Methadon-Abbau-Orientierung und die Methadon-Tiefdosis-Orientierung sogar $\alpha > 0.80$. Dies ist erstaunlich, da im Rahmen dieser Arbeit die Konstrukte von Grund auf neu entwickelt worden sind und vergleichbare Skalen zur Erfassung von Konstrukten mit ungleich intensiverer theoretischer Vorarbeit auch tiefere Reliabilitäten haben können wie beispielsweise die Veränderungsstadien-Skalen (VSS) in der ursprünglichen Langform: Die Skalen für Precontemplation und Contemplation haben da interne Konsistenzen von $\alpha < 0.70$ aufgewiesen (Heidenreich et al., 2001) und im Rahmen dieser Arbeit ist gezeigt worden, dass nur die Action-Skala der VSS-k ein $\alpha > 0.70$ erreicht. Die tieferen Reliabilitäten der Kurz-Skalen der VSS (nur je vier Items pro Skala) in dieser Arbeit sind teilweise durch die tiefe Item-Anzahl erklärbar, da in der Berechnungsformel des α -Koeffizienten eine erhöhte Itemanzahl einen höheren Wert zur Folge haben kann (Bortz & Döring, 1995, S. 184) und somit kurze Skalen eine sehr hohe Item-Interkorrelation aufweisen müssen, um hohe α -Werte zu erhalten. Bei der VSS-Langform hat jede der vier Skalen aber acht Items und ist damit mit den, aufgrund der Primärfaktoren gebildeten, Skalen dieser Arbeit sehr gut vergleichbar.

Die von Kayman et al. (2006) verwendete OAM-5-Skala hat bei fünf Items eine interne Konsistenz von $\alpha=0.69$ gezeigt. Werden die, im Rahmen dieser Arbeit ermittelten, zwei Sekundärfaktoren durch zwei Kurz-Skalen mit ebenfalls je fünf Items operationalisiert, erhält die Kurz-Skala für Methadon-Entzug-Orientierung ein α von 0.77 und die Kurz-Skala für Rehabilitation-mit-Methadon-Orientierung ein α von 0.74. Damit haben die Kurz-Skalen zur Erfassung der beiden Sekundärfaktoren bei gleicher Item-Anzahl und vergleichbarem Abstraktionsniveau höhere Reliabilitäten als die OAM-5, die ja ebenfalls aufgrund einer faktorenanalytischen Auswahl aus 14 Items, mit einer drei Jahrzehnte dauernden Vorgeschichte (vgl. Brown, Jansen & Benn, 1975; Brown, Benn & Jansen, 1975; Bower, 1973), gebildet worden ist.

Die in dieser Arbeit gefundenen typischen Patienteneinstellungen zur Methadon-Substitutionsbehandlung zeigen zudem eine sehr hohe Übereinstimmung zu den typischen Patientengruppen, die im Rahmen dieser Arbeit aufgrund der Einstellungen identifiziert worden sind, wenn sie zur Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit verwendet werden ($\kappa=0.91$). Dies ist ein eindrücklicher Beleg für die Reliabilität des Modells zur Erfassung der typischen Patienteneinstellungen mit fünf korrelierten Primärfaktoren. Zudem zeigen einige dieser fünf Faktoren Zusammenhänge zu wichtigen Patienten-Merkmalen wie Heroinkonsum, Methadondosis und Verlauf der Methadondosis. Damit zeigt das Modell nicht nur beeindruckende Reliabilität sondern auch eine vielversprechende Konstruktvalidität.

Behandelnde sollten zumindest die Methadon-Entzug-Orientierung bei den Patienten gezielt erfassen, das Resultat besprechen und in die Verlaufsgespräche einbauen. Zur Erfassung der Patienteneinstellungen zur Methadon-Substitutionsbehandlung drängt sich aufgrund der Resultate der vorliegenden Arbeit ein Instrument auf, das die fünf Primärfaktoren und die zwei Sekundärfaktoren mit hoher Akzeptanz und befriedigender Reliabilität erfassen kann. Die Itemauswahl für die Skalen eines solchen Instruments und die Überprüfung der prognostischen Validität in Bezug auf den Behandlungsverlauf wird Gegenstand eines zukünftigen Projekts sein.

6.2 Interpretation der Patienten-Gruppen

Bei der Gesamtstichprobe zeigt sich, dass es nicht genügt, Methadonpatienten eindimensional zu fragen, ob sie „Methadon-Substitutionsbehandlung“ gut oder schlecht finden. Erst die faktorenanalytisch ermittelte mehrdimensionale Patienten-Einstellung legt eine differenzierte Einstellungsstruktur offen. Die clusteranalytisch ermittelten Gruppen können aufgrund der Ausprägungen auf den Einstellungsdimensionen in klinisch relevanter Hinsicht voneinander unterschieden werden. In diesem Kapitel werden nun die herauskristallisierten Patientengruppen diskutiert. Zuerst wird die Gruppe der „Methadonablehner“, danach die Gruppe der „Methadonbenutzer“ und dann die Gruppe der „Methadonintegrierer“ diskutiert.

6.2.1 Methadonablehner

Die Methadonablehner zeigen sehr hohe Werte bezüglich der Einstellungsdimensionen „Methadon-Abbau-Orientierung“, „Methadon-Tiefdosis-Orientierung“ und „Methadon-Substitutions-Angst“ und tiefe Werte bezüglich „Methadon-Substitutions-Orientierung“. Dieses Einstellungsmuster deutet darauf hin, dass für diese Patienten eine langfristige Methadon-Substitutionsbehandlung eher eine Belastung als eine Entlastung ist. Obwohl die Gruppe der Methadonablehner im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen mit 58,3% den höchsten Anteil an Heroinkonsumierenden ($\chi^2=9.61$; $df=2$; $p<0.01$) hat, so dass gerade bei den Methadonablehnern vermehrt Substitution nötig ist.

Aktive Veränderungsbereitschaft:

In Bezug auf das „Transtheoretische Modell“ der Verhaltensänderung von Prochaska und DiClemente (1982, 1983) zeigt sich bei der Gesamtstichprobe, dass die „Methadon-Abbau-Orientierung“ und die „Methadon-Tiefdosis-Orientierung“ einerseits, die „Methadon-Substitutions-Orientierung“ andererseits, mit der Veränderungsbereitschafts-Dimension „Action“, also der VSS-k-Action-Skala, zwischen $r=0.28$ und $r=0.33$ korrelieren. Damit unterscheiden sich die Korrelationen zwischen diesen entgegengesetzten Einstellungsdimensionen und der Veränderungsbereitschafts-Dimension „Action“ nicht signifikant. Auf Gruppenebene unterscheiden sich die Methadonablehner im Vergleich zu den Methadonintegrierern durch eine leicht erhöhte aktive Veränderungsmotivation. Im Vergleich zur Gruppe der Methadonbenutzer besteht demgegenüber kein nennenswerter Unterschied bezüglich aktiver Veränderungsbereitschaft. Innerhalb der Gruppe der Methadonablehner finden sich aber die signifikanten positiven Zusammenhänge wieder zwischen Methadon-

Abbau- und Methadon-Tiefdosis-Orientierung einerseits und aktiver Veränderungsbereitschaft ($r=.45$; $p<0.01$) andererseits. Der entsprechende Zusammenhang auf Ebene der Gesamtstichprobe ist somit hauptsächlich auf die Gruppe der Methadonablehner zurückzuführen. Aufgrund von Prochaska et al. (1992), aber auch aufgrund des Rubikon-Modells der Handlungsphasen von Heckhausen (1987a/b, 1989) und dem darauf bezogenen, konkretisierenden Ansatz der Bewusstseinslagen von Gollwitzer und Malzacher (1996) sollte aktive Veränderungsbereitschaft sehr im Sinne der Methadon-Substitutionsbehandlung sein. Aufgrund der sehr hohen Werte bezüglich Methadon-Abbau-Orientierung, Methadon-Tiefdosis-Orientierung und Methadon-Substitutions-Angst und der tiefen Werte bezüglich Methadon-Substitutions-Orientierung, dürfte die aktive Veränderungsmotivation der Methadonablehner allerdings hauptsächlich durch das Engagement evoziert werden, die Methadondosis möglichst abzubauen bzw. tief zu halten. Die tiefe Methadon-Substitutions-Orientierung bestätigt, dass sich die aktive Veränderungsmotivation der Methadonablehner auf den Abbau und das Tiefhaltende der Methadondosis und nicht auf einen Substitutionsprozess bei adäquater Methadondosis bezieht.

Allgemeine Selbstwirksamkeitsüberzeugung:

Auf Ebene der Gesamtstichprobe zeigt sich, dass Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung negativ mit allgemeiner Selbstwirksamkeitsüberzeugung einher geht ($r=-0.33$). Flexibilisierungsorientierte Patienten haben somit eine tiefere Selbstwirksamkeitsüberzeugung als andere Patienten. Die Methadonablehner zeigen im Vergleich zu den anderen beiden Patienten-Gruppen leicht erhöhte Werte bezüglich der Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung, unterscheiden sich diesbezüglich aber nicht signifikant von diesen. Innerhalb der Methadonablehner-Gruppe findet sich aber im Gegensatz zu den anderen beiden Gruppen der sehr signifikante negative Zusammenhang zwischen Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung und Selbstwirksamkeitsüberzeugung. D.h., je mehr diese das Methadon lediglich zur Überbrückung und Entlastung ihres Heroinkonsumwunsches einsetzen, umso mehr führt dies zu einem tiefen Wert bezüglich ihrer allgemeinen Selbstwirksamkeitsüberzeugung. Es ist allerdings auch möglich, dass diese Patienten aufgrund einer generell vorhandenen tiefen Selbstwirksamkeitsüberzeugung Methadon lediglich zur Überbrückung und Entlastung ihres Heroinkonsumwunsches einsetzen. Der entsprechende Zusammenhang auf Ebene der Gesamtstichprobe ist somit auf die Gruppe der Methadonablehner zurückzuführen.

Dilemma zwischen Angst vor Methadon-Substitutionsbehandlung und Angst vor Verlust der Selbstwirksamkeitsüberzeugung:

Diese Zusammenhänge innerhalb der Gruppe der Methadonablehner lassen nun aber ein Dilemma erahnen, in dem sich die Methadonablehner befinden und aus dem sie nur schwer oder gar nicht mehr herausfinden. Dieses Dilemma erschwert es ihnen erheblich, sich einer Methadon-Substitutionsbehandlung im Sinne eines auf Evidenz basierten Behandlungsablaufs zu unterziehen. **Einerseits** besteht eine erhöhte Angst vor Methadon-Substitutionsbehandlungen, die einhergeht mit Methadon-Abbau-Orientierung, also dem Streben, sich vom Methadon möglichst wieder zu befreien, und Methadon-Tiefdosis-Orientierung, dem Streben, sich einer Substitutionsbehandlung nur dann zu unterziehen, wenn die Methadondosis (entgegen einem Rehabilitationsprozess bei adäquater Methadondosis) möglichst tief ist. Ängste vor Methadon-Substitutionsbehandlungen förderten auch die Ergebnisse der Untersuchung von Rosenblum et al. (1991) zu Tage, wonach 58% von 83 untersuchten Methadonpatienten angaben, Angst vor Methadon zu haben, weil Methadon zu Überdosierung, Abhängigkeit und Nebenwirkungen führe. Das Streben der Methadonablehner, die Methadondosis abzubauen, geht nun aber wie erwähnt einher mit einer Erhöhung des Gefühls aktiver Veränderungsmotivation ($r=.45$; $p<0.01$). Das Methadonabbau-Verhalten verläuft zudem parallel zu einer Erhöhung der allgemeinen Selbstwirksamkeitsüberzeugung ($r=.41$; $p<0.05$). Beide Gefühle führen neben den direkten Erfahrungen mit dem Einstellungsobjekt (vgl. Stroebe & Jonas, 1992) zu einer positiven Verstärkung, was das Abbau- und Tiefdosis-Verhalten durch den Mechanismus des operanten Konditionierens (vgl. Aronson et al., 2004) erst recht ankurbelt. **Andererseits** ist zu vermuten, dass wenn bei den Methadonablehnern die Dynamik der Wechselwirkung zwischen Methadon-Substitutions-Angst, Methadon-Abbau-Orientierung, Methadon-Tiefdosis-Orientierung, aktiver Veränderungsmotivation und allgemeiner Selbstwirksamkeitsüberzeugung zu intensiv wird, es zur Flexibilisierung des Heroinkonsums kommt. Also dem Wunsch nach Methadon unterstütztem, stressfreiem und unabhängigem Heroinkonsum, der wiederum einhergeht mit tiefer allgemeiner Selbstwirksamkeitsüberzeugung. Bei der Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung könnte es sich theoretisch um die Aufrechterhaltung bzw. Reaktivierung einer „Junkie-Identität“ handeln, wie sie von Hunt et al. (1986) im Zusammenhang mit Heroinabhängigen beschrieben wurde. Die Autoren konnten aufzeigen, dass sich Heroinabhängige ohne Substitutionsbehandlung im Gegensatz zu Methadonpatienten aktiver, beweglicher, vitaler

und kämpferischer erleben. Zudem werden Methadonpatienten von den Heroinabhängigen als passive „Pillenköpfe“, „Verlierer“, „ohne Herz“ und als unfähig, „auf der Gasse“ noch zu bestehen, bezeichnet. Unklar ist der Kausalzusammenhang. Es könnte sein, dass Methadonpatienten eine Identität haben, wie sie von Hunt et al. (1986) beschrieben wurde, die, reaktiviert durch oben beschriebene Wechselwirkung, Einfluss auf das Verhalten wie Flexibilisierung des Heroinkonsums innerhalb der Methadon-Substitutionsbehandlung nimmt. Es könnte aber auch umgekehrt sein, dass Anteile einer solchen „Junkie-Identität“ zu entsprechender Wechselwirkung führen. Empirisch zeigt sich jedenfalls, dass bei den Methadonablehnern die Wechselwirkung zwischen Methadon-Substitutions-Angst, Methadon-Abbau-Orientierung, Methadon-Tiefdosis-Orientierung, aktiver Veränderungsmotivation und allgemeiner Selbstwirksamkeitsüberzeugung mit der Wechselwirkung zwischen Flexibilisierung des Heroinkonsums und tiefer allgemeiner Selbstwirksamkeitsüberzeugung einhergeht.

Die mit der Wechselwirkung zwischen Flexibilisierung des Heroinkonsums und Selbstwirksamkeitsüberzeugung interagierende Wechselwirkung zwischen Methadon-Substitutions-Angst, Methadon-Abbau-Orientierung, Methadon-Tiefdosis-Orientierung, aktiver Veränderungsmotivation und allgemeiner Selbstwirksamkeitsüberzeugung verschärft das Dilemma der Methadonablehner zu einem „Teufelskreis“, aus dem sie nur schwer wieder herausfinden. Sie sind gefangen zwischen der Angst vor Methadon-Substitutionsbehandlung, was sie daran hindert, in den Prozess der Substitutionsbehandlung einzusteigen, und der Angst vor Verlust der Selbstwirksamkeitsüberzeugung durch erhöhtes Heroinkonsumverhalten, was sie daran hindert, aus der Substitutionsbehandlung auszusteigen.

Methadon-Substitutionsbehandlung als Zwischenwelt:

Empirisch manifestiert sich dies darin, dass die Gruppe der Methadonablehner im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen den grössten Anteil an Patienten aufweist, der zum Zeitpunkt der Befragung gegenüber dem Methadon insgesamt am negativsten eingestellt ist. Diese Patienten gaben als Behandlungsziel einen Methadondosis-Abbau an, der entweder auf eine Abstinenz vor Rehabilitation oder aber auf Substitution bei möglichst tiefer Methadondosis abzielt. Theoretisch widerspiegelt dieses Dilemma einen Befund von Murphy und Irwin (1992), wonach Methadonpatienten in einer „Zwischenidentität“, in einer „schwebenden Identität“ bzw. einem anhaltenden Muster zwischen zwei extrem unterschiedlichen sozialen

Welten leben. Bei der einen Welt handelt es sich um die „Junkie-Subkultur“, bei der anderen Welt um diejenige der „Gesunden“. Gemäss Murphy und Irwin (1992) haben Methadonpatienten mitunter auch deswegen Angst, sich einer Substitutionsbehandlung zu unterziehen, weil es ihnen dort nicht gelingt als „normal“ zu gelten und eine kohärente Identität aufzubauen, die ihnen individuellen Schutz, Sicherheit und Geborgenheit ermöglicht (Scharfetter, 2002). Bei den Methadonablehnern geht es nun aber nicht so sehr um eine Zwischenwelt zwischen „Junkie-Subkultur“ und „Welt der Gesunden“, sondern um eine Zwischenwelt zwischen zwei Verhaltenstendenzen, die innerhalb der Methadon-Substitutionsbehandlung selbst stattfindet. Einerseits geht es darum, sich auf einen Substituierungsprozess bei adäquater Methadondosierung und Rehabilitation einzulassen, andererseits geht es darum, sich einem solchen Substituierungsprozess durch Methadonabbau zu entziehen. Vor dem Hintergrund einer solchen Zwischenwelt bzw. eines solchen Dilemmas ist nun zu vermuten, dass es sich hauptsächlich beim Streben der Methadonablehner, eine möglichst tiefe Methadondosis zu halten, um einen Kompromiss im Sinne einer Symptumlösung handeln könnte. Indem Methadonablehner ständig nach tieferen Methadondosen streben, versuchen sie ihrer Identität trotz Methadon-Substitutionsbehandlung eine bestimmte Richtung zu geben, um auf diese Weise die Zwischenwelt zu kontrollieren bzw. das Dilemma auszuhalten.

Methadon-Unterdosierung:

Auf Ebene der Gesamtstichprobe zeigt sich, dass abbau- und tiefdosis-orientierte Methadonpatienten dazu tendieren, die Methadondosis auch tatsächlich zu reduzieren ($p=-.37$ und $p=-.36$). Konkret reduzierten abbau-orientierte Methadonpatienten die Methadondosis im Zeitraum von sechs Monaten vor der Befragung öfter um mehr als einen Sechstel von der Ausgangsdosis als die anderen Patienten ($p=.32$). Die damit einhergehende Unterdosierung lässt bei abbau-orientierten Methadonpatienten die Wahrscheinlichkeit ernsthafter Rückfälle ansteigen. Insgesamt zeigt dieses Ergebnis, dass die Patienteneinstellungen durchaus verhaltensrelevant sind. Die Beeinflussung des Verhaltens durch die Patienteneinstellung zeigt sich sehr eindrücklich in der Gruppe der Methadonablehner, die im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen zum Zeitpunkt der Befragung im Mittel die tiefste Methadondosis und damit eine Methadonunterdosierung hatte. Rehm und Uchtenhagen (2001) zeigten, dass in der Schweiz bei rund der Hälfte der Patienten das Methadon, gemessen an internationalen Standards, zu tief dosiert ist. Die Methadonablehner hatten zudem die instabilsten Methadondosisverläufe. Dieser Befund stützt die Ergebnisse vieler Autoren, wonach

Behandlungen mit zu tiefen Methadondosierungen schlechter verlaufen als Behandlungen mit genügend hohen Dosierungen (vgl. z.B. Strain et al., 1999; Marsch, 1998; Ball & Ross, 1991). Weiter hatten die Methadonablehner das stärkste Heroinverlangen, den höchsten tatsächlichen Heroinkonsum und am meisten Beschwerden, die auf Heroinkonsum zurückzuführen sind. Es liegt nahe zu vermuten, dass es sich auch bei diesen Befunden um Auswirkungen der Methadonunterdosierung handelt. Aufgrund des Designs dieser Studie (Querschnittserhebung) lässt sich ein Kausalzusammenhang allerdings nicht beweisen. Weiter hatten die Methadonablehner die höchste Inkongruenz zwischen der von ihnen angestrebten Methadondosis und der nach ihrer Einschätzung vermuteten Zieldosis der behandelnden Person. Diese Inkongruenz ist darauf zurückzuführen, dass die Methadonablehner abbau- und tiefdosis-orientiert, ihre Behandlungspersonen aber rehabilitations-orientiert sind.

Methadondosis-Abbauverhalten:

Chronische Krankheiten wie die Heroinabhängigkeit erfordern aktive Bewältigungsversuche, um das Leiden zu verringern, eine allfällige Genesung zu beschleunigen oder das Ausmass der Behinderung zu beeinflussen. Der Aufbau des entsprechenden Bewältigungsverhaltens erfordert mitunter die nötige Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer, 2004). Bezüglich der Methadonablehner stellt sich die Frage, ob das Methadonabbauverhalten die Bedeutung eines solchen Bewältigungsverhaltens haben könnte. Die klinische Erfahrung zeigt, dass Methadonpatienten im Laufe ihrer Methadon-Substitutionsbehandlung wiederholt davon ausgehen, dass es ihnen gelingt, das Methadon bis zur totalen Abstinenz²⁰ abzubauen zu können. Diese Einschätzung stimmt aber mit ihren objektiven Handlungsressourcen nur selten überein. Dies könnte zur Folge haben, dass sich das Streben nach Abstinenz irgendwann in einem Methadondosis-Abbauverhalten erschöpft oder darin, eine möglichst tiefe Methadondosis zu erreichen bzw. diese zu halten. Eine Bestätigung dieser Überlegung liefern Hunt et al. (1986), die die Einschätzungen der von ihnen befragten Methadonpatienten, wonach Methadon eine gefährliche Droge mit gravierenden Nebenwirkungen sein soll, zu einem grossen Teil auf wiederholt scheiternde Methadon-Entzugsbehandlungen und daraus resultierenden negativen Erfahrungen zurückführen.

Normalerweise folgt auf eine gezielte Handlung eine Konsequenz; bleibt sie ständig aus, so zeitigt dies ungünstige kognitive, motivationale und emotionale Folgen, die als Hilflosigkeit bezeichnet werden (Schwarzer, 2004). Nach der ursprünglichen Theorie der erlernten

²⁰ Abstinenz von sämtlichen Drogen und von Methadon.

Hilflosigkeit entsteht diese Hilflosigkeit aufgrund der Wahrnehmung von Nichtkontingenz sowie der daraus resultierenden Erwartung zukünftiger Nichtkontingenz (Seligman, 1975, dt. 1979). Nach der revidierten Theorie von Abramson et al. (1978) spielt die Kausalattribution (vgl. Weiner, 1988, 1986, 1980) eine wesentliche Rolle. Der so genannte depressive Attributionsstil umfasst internale, stabile und situationsglobale Ursachen für negative Ereignisse (vgl. Sweeney et al., 1986; zit. nach Schwarzer, 2004). Bei Methadonpatienten allgemein, insbesondere aber bei den Methadonablehnern stellt sich vor dem Hintergrund der Selbstwirksamkeitstheorie (self-efficacy theory) von Bandura (1995, 1992a, 1992b, 1977) die Frage, ob ein depressiver Attributionsstil bzw. mangelnde Selbstwirksamkeitserwartung in Bezug auf das Erreichen und Aufrechterhalten der Total-Abstinenz möglicherweise durch erhöhte Selbstwirksamkeitserwartung in Bezug auf das Methadonabbauverhalten kompensiert wird, so dass das Methadon-Abbau- und Tiefdosisverhalten von den Methadonablehnern als positives Handlungsergebnis internal-stabil attribuiert und erlebt wird.

6.2.2 Methadonbenutzer

Die Gruppe der Methadonbenutzer hat im Vergleich zu den Methadonpatienten der beiden anderen Gruppen mittlere Werte bezüglich Methadonabbau- und Tiefdosis-Orientierung, relativ hohe Werte bezüglich Methadon-Substitutions-Angst, demgegenüber aber die signifikant höchste Methadon-Substitutions-Orientierung (ANOVA: $F=7.97$; $df=2$; $p<0.01$).

Aktive Veränderungsbereitschaft:

Auf Ebene der Gesamtstichprobe zeigt sich wie oben bereits erwähnt, dass die Methadon-Abbau-Orientierung und die Methadon-Tiefdosis-Orientierung einerseits und die Methadon-Substitutions-Orientierung andererseits je positiv mit aktiver Veränderungsbereitschaft (VSS-k-Action-Skala) korrelieren (zwischen $r=0.28$ und $r=0.33$) und dass sich diese Korrelationen nicht signifikant voneinander unterscheiden. Innerhalb der Gruppe der Methadonbenutzer findet sich der sehr signifikante positive Zusammenhang zwischen Methadon-Substitutions-Orientierung und aktiver Veränderungsbereitschaft ($r=.49$; $p<0.01$), so dass der entsprechende Zusammenhang auf Ebene der Gesamtstichprobe hauptsächlich auf die Methadonbenutzer zurückzuführen ist.

Diese Zusammenhänge zeigen, dass sich die aktive Veränderungsmotivation der Gruppe der Methadonbenutzer auf die Bereitschaft bezieht, sich auf die Substitutionsbehandlung und der damit einhergehenden Rehabilitation einzulassen, während sich die aktive

Veränderungsmotivation der Methadonablehner auf den Methadonabbau und das Bestreben bezieht, eine möglichst tiefe Methadondosis zu erhalten bzw. sich der Substitutionsbehandlung und Rehabilitation zu entziehen.

Vergleich des Einstellungsmusters der Methadonbenutzer mit dem Einstellungsmuster der Methadonablehner:

Bei der hohen Methadon-Abbau-Orientierung, Methadon-Tiefdosis-Orientierung und Methadon-Substitutions-Angst der Methadonablehner könnte es sich um ein eher affektiv basiertes, bei der hohen Methadon-Substitutions-Orientierung der Methadonbenutzer um ein eher kognitiv basiertes Einstellungsmuster handeln. Als kognitiv basierte Einstellung wird eine Einstellung bezeichnet, wenn sie primär auf einer Überprüfung der relevanten Fakten basiert und bei der die Bewertung hauptsächlich auf Überzeugungen bezüglich der Eigenschaften des Einstellungsobjektes gründet. Eine Einstellung, die eher Gefühle und Werte als Basis hat als eine objektive Bewertung der Vor- und Nachteile bzw. mehr auf Gefühlen und Werten gründet als auf Überzeugungen bezüglich des Einstellungsobjektes, wird als affektiv basierte Einstellung bezeichnet (Aronson et al., 2004).

Gemäss Goldsmith et al. (1984) verarbeiten viele Methadonpatienten ihre Methadon-Entzugserlebnisse, indem sie die damit verbundenen negativen körperlichen und psychischen Erlebnisse fälschlicherweise dem Methadon als Substanz zuschreiben. Daher basieren negative Einstellungen gegenüber Methadon auf umfangreichen Fehlinformationen, die durch die Methadonpatienten akkumuliert und geteilt werden. Goldsmith et al. (1984) gehen davon aus, dass sich Ansammlungen solcher Missinformationen durch Patientenüberlieferungen zu Glaubenssystemen verdichten, die sich unabhängig von empirisch gesichertem Wissen verselbstständigen. Dies führt dazu, dass Methadonpatienten zunehmend von einem Vorstellungssystem ausgehen, das Teil eines komplexen Glaubenssystems rund um den Methadongebrauch ist. Für Hunt et al. (1986) und Goldsmith et al. (1984) muten solche Glaubenssysteme von Methadonpatienten rund ums Thema Methadon teilweise so skurril an, dass sie diese als Mythen bezeichnen. Den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit ist nun zu entnehmen, dass es sich bei diesen mythisch anmutenden Einstellungen v. a. um Einstellungsmuster der Methadonablehner handelt. Mythen werden nun aber auch als rituelle Wiederholung von Urereignissen, als erzählerische Aufarbeitung menschlicher Urängste und Urhoffnungen interpretiert (vgl. Bischof, 1998). So gesehen könnte es sich bei den Einstellungsmustern oder teilweise eben eher Glaubenssystemen der Methadonablehner um

die erzählerische Aufarbeitung von negativen, ja traumatischen Erfahrungen und daraus resultierenden Ängsten im Zusammenhang mit Methadon-Entzugssymptomen und um die Hoffnung auf Total-Abstinenz²¹ handeln. Gemäss Bischof (1998) haben Mythen in der Funktion des erzählerischen Aufarbeitens zudem einen unaufholbaren Vorsprung gegenüber Begriffssystemen. Im Kontext der Methadon-Substitutionsbehandlung könnte es sich um den Vorsprung gegenüber einem wissenschaftlich fundierten („evidence based“) Wissen in Bezug auf Methadon und Methadon-Substitutionsbehandlung handeln.

Zudem hat das Einstellungsmuster der Methadonablehner im Vergleich zum Einstellungsmuster der Methadonbenutzer eher die Funktion, eigene zentrale Wertvorstellungen oder wichtige Komponenten des Selbstkonzeptes zu vermitteln, wobei es nicht darum geht, ein akkurates Bild des Einstellungsgegenstandes wiederzugeben, als vielmehr darum, das eigene grundlegende innere Wertesystem auszudrücken und zu validieren (Katz, 1967; zit. nach Aronson et al., 2004).

Bei den Methadonablehnern, die nach einer möglichst tiefen Methadondosis streben bzw. danach, die Methadondosis bis zur Nulldosis zu reduzieren, muss davon ausgegangen werden, dass sie Informationen über mögliche negative Folgeerscheinungen (z. B. erhöhter Heroin-Beikonsum, Destabilisierung der Methadon-Substitutionsbehandlung) dieses Verhaltens eher vermeiden. Aufgrund der Dissonanztheorie von Festinger (1957) könnte dies darauf zurückzuführen sein, dass sie dazu neigen, (einstellungs-)kongruente oder konsonante Informationen aktiv aufzusuchen und (einstellungs-)konträre oder dissonante Informationen aktiv zu vermeiden, um ihr Einstellungsmuster zu stabilisieren und auf diese Weise kognitive Konsonanz zu bewahren bzw. kognitive Dissonanz (aversives Gefühl kognitiver Spannung) zu vermeiden.

Aus der Perspektive der Informationsverarbeitung bietet sich ein weiterer Aspekt an, den Unterschied zwischen den Einstellungsmustern der Methadonablehner und Methadonbenutzer zu vergleichen. Methadonbenutzer neigen eher dazu, ihr Wissen rund ums Thema Methadonbehandlung einer kritischen Analyse zu unterziehen und sorgfältig an das zu erinnern, was sie bereits über das Thema wissen, um dieses Wissen in Bezug zu neuen Informationen und Argumenten zu setzen. Methadonablehner hingegen neigen eher zu heuristischer Informationsverarbeitung (vgl. Eagly & Chaiken, 1984). Dazu kommt es, wenn

²¹ Abstinenz von sämtlichen Drogen und von Methadon.

Rezipienten nicht willens oder fähig sind, inhaltsbezogen über Informationen nachzudenken, da dies zuviel Zeit und Anstrengung erfordert. Nach dem heuristischen Modell gewichten Rezipienten periphere Aspekte wie beispielsweise die Glaubwürdigkeit des Kommunikators oder andere nicht mit dem Botschaftsinhalt zusammenhängende Hinweise. Sie verwenden häufig einfache Schemata oder Entscheidungsregeln (sog. kognitive Heuristiken) zur Einschätzung der Validität einer Argumentation, bevor sie sie akzeptieren (Eagly & Chaiken, 1984). Für die vorliegende Arbeit ist dies deshalb von Bedeutung, weil v. a. Methadonablehner trotz persönlicher Erfahrung mit dem Einstellungsobjekt (z. B. Methadondosis-Abbau) und psychoedukativer Interventionen von Seiten der Behandelnden (zum Beispiel in Bezug auf adäquate Methadondosierung) Mühe haben, darüber inhaltsorientiert nachzudenken bzw. die Neigung zu heuristischer Informationsverarbeitung zu überwinden. Dies könnte allerdings auch neurokognitive Gründe haben. Es gibt nämlich genügend empirische Evidenz, wonach Methadonpatienten aufgrund neurokognitiver Beeinträchtigung, verursacht durch langjährigen Heroinkonsum, nicht mehr fähig sind, über Argumente der Behandelnden (z. B. gegen inadäquat-tiefe Methadondosen) inhaltsbezogen nachzudenken (Dürsteler-MacFarland et al., 2005; Mintzer & Stitzer, 2002; Grant et al., 2000; Petry et al., 1998; Madden et al., 1997 u. a.).

Die Ambivalenz der Methadonbenutzer:

Methadonbenutzer erkennen und erleben in der Methadon-Substitutionsbehandlung die Möglichkeit zur Rehabilitation. Gewisse Methadonbenutzer befinden sich gegenüber der Methadon-Substitutionsbehandlung aufgrund ihrer nicht zu vernachlässigenden Methadon-Abbau- und Methadon-Tiefdosis-Orientierung sowie Methadon-Substitutions-Angst in einer unangenehmen Ambivalenz.

Während die Methadonablehner hauptsächlich Angst davor haben, sich grundsätzlich einer mit Methadon adäquat dosierten Methadon-Substitutionsbehandlung zu unterziehen, haben die Methadonbenutzer hauptsächlich Angst vor der Vorstellung, während einer langen Dauer oder gar ein Leben lang in Methadon-Substitutionsbehandlung bleiben zu müssen.

Die Angst und die dadurch evozierte Verhaltens-Dynamik innerhalb der Methadon-Substitutionsbehandlung führen bei den Methadonablehnern zu Methadonabbau und damit einhergehender Methadon-Unterdosierung, bei den Methadonbenutzern hingegen zu erhöhter

Ambitendenz zwischen Methadon-Substitutions-Orientierung und Methadon-Substitutions-Angst. Die Gruppe der Methadonbenutzer ist bezüglich der Methadon-Substitutions-Orientierung sehr homogen ($M=0.44$; $s=.054$), bezüglich der Methadon-Substitutions-Angst hingegen die heterogenste Gruppe von allen ($M=0.24$; $s=0.92$). Dies lässt vermuten, dass es innerhalb der Gruppe der Methadonbenutzer einen erheblichen Anteil an Methadonpatienten gibt, die sich gegenüber ihrer Methadon-Substitutionsbehandlung ambivalent und ambitendent fühlen. Sie sind hin und her gerissen zwischen aktiver Veränderungsmotivation in Richtung Substitutionsprozess mit Rehabilitation und adäquater Methadondosis einerseits und Angst vor solchen Substitutionsprozessen andererseits. Diese Ambivalenz widerspiegelt Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung von Rosenblum et al. (1991), die anhand ihrer Methadonpatienten-Stichprobe ebenfalls sehr ambivalente Einstellungen gegenüber Methadon und Methadon-Substitutionsbehandlung identifizieren konnten. Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse stellt sich die Frage, ob solch ambivalente Gefühle gegenüber Methadon-Substitutionsbehandlungen mitunter auch Ausdruck der Verdichtung einer Zwischenidentität in einer Zwischenwelt sein könnten, wie dies von Murphy und Irwin (1992) herausgearbeitet und beschrieben wurde. Eine solche Verdichtung könnte im Sinne eines phasischen Geschehens (vgl. Moolchan & Hoffman, 1994; Hoffman & Moolchan, 1994; Prochaska et al., 1992) interpretiert werden, aber auch dahingehend, dass Methadonpatienten, die sich so ambivalent fühlen, sich aufgrund einer gemeinsamen Psychodynamik (vgl. Wurmser, 1987a, 1987b) in der Gruppe der Methadonbenutzer befinden. Um diese Frage beantworten zu können, bedarf es einer Kohorten-Längsschnittuntersuchung.

Verhaltensrelevanz der Methadon-Substitutions-Orientierung:

Obwohl auf Ebene der Gesamtstichprobe mehr als die Hälfte der Methadonpatienten angibt, substitutions-orientiert zu sein, zeigen sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Methadon-Substitutions-Orientierung einerseits und der Höhe der Methadondosis, der Stabilität des Methadondosisverlaufs, der Stärke des Heroinverlangens, der Höhe des Heroinkonsums und der Inkongruenz zwischen der von den Methadonpatienten angestrebten Methadondosis und der nach ihrer Einschätzung vermuteten Zieldosis der behandelnden Person andererseits. Wie im vorangegangenen Kapitel bereits erwähnt, steht die Methadon-Substitutions-Orientierung kaum im Zusammenhang mit den Verhaltensmerkmalen. Dank der clusteranalytischen Einteilung der Methadonpatienten anhand ihrer Einstellungen gegenüber Methadon in Patientengruppen, lassen sich auf Gruppenebene differenziertere Zusammenhänge aufdecken. Es zeigt sich, dass die Gruppe der Methadonbenutzer mit der im

Vergleich zu den beiden anderen Gruppen signifikant höchsten Methadon-Substitutions-Orientierung (ANOVA: $F=7.97$; $df=2$; $p<0.01$) den signifikant tiefsten Anteil an Methadonpatienten hat, der angab, in den letzten 30 Tage vor der Befragung unter Heroinverlangen gelitten bzw. Heroin konsumiert zu haben. Dies zeigt, dass auf Gruppenebene und zwar innerhalb der Gruppe der Methadonbenutzer die Methadon-Substitutions-Orientierung mit dem Heroinverlangen in Zusammenhang steht.

In Übereinstimmung mit der Gesamtstichprobe zeigt sich sowohl innerhalb als auch zwischen den Methadonpatienten-Gruppen, dass die Fragebogen-Items, die die Einstellungsdimension der Methadon-Substitutions-Orientierung repräsentieren, vermutlich weniger selektiv sind in Bezug auf das tatsächliche Verhalten als diejenigen Fragebogen-Items, die die Haupteinstellungen der Methadonablehner (Methadon-Abbau-Orientierung, Tiefdosis-Orientierung und Methadon-Substitutions-Angst) repräsentieren. Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass Erstere (Fragebogen-Items) von den befragten Methadonpatienten vermehrt im Sinne der sozialen Erwünschtheit (Edwards, 1970, zit. nach Bortz & Döring, 1995, S. 212) beantwortet wurden. Trotz einer möglichen Interaktion zwischen Methadon-Substitutions-Orientierung und sozialer Erwünschtheit zeigt sich, dass die Methadonbenutzer durchaus diejenige Patientengruppe stellen, die anhand der Faktorwerte der Methadon-Substitutions-Orientierung identifizierbar ist. Aber auch diese Patienten sind in Kombination mit den Faktorwerten der anderen Einstellungsdimensionen genauer identifizierbar, was wiederholt zeigt, wie wichtig es ist, dass die Einstellung der Methadonpatienten gegenüber Methadon und Methadon-Substitutionsbehandlungen mehrdimensional erfasst werden muss, wie dies aufgrund der fünf Einstellungsdimensionen erster Ordnung im Rahmen dieser Arbeit postuliert wird.

Die „Wunsch-Methadonpatienten“:

Bei Methadonpatienten innerhalb des Anteils der Methadonbenutzer mit geringem Heroinverlangen und tiefem Heroinkonsum, die neben ihrer hohen Methadon-Substitutions-Orientierung zugleich tiefe Werte bezüglich Methadon-Abbau- und Tiefdosis-Orientierung haben, dürfte es sich aus Sicht der Behandelnden um „Wunschpatienten“ mit hoher „Compliance“ handeln. Dies deshalb, weil bei entsprechenden Methadonbenutzern nicht nur von einer Methadon-Substitutions-Orientierung, sondern sogar von einer Rehabilitations-Orientierung ausgegangen werden kann. Es könnte sich allerdings auch um Methadonpatienten mit einer Metabolismusstörung handeln, wie sie von Dole und Nyswander

(1967) beschrieben wurde. Gemäss der Metabolismus-These von Dole und Nyswander (1967) lässt sich die Metabolismusstörung und damit der Opiathunger durch Substitution mit adäquater Methadondosis beheben. Dafür spricht, dass die Methadonbenutzer im Vergleich zur ersten und dritten Gruppe mit 126 mg Methadon die durchschnittlich höchste Methadondosis zum Zeitpunkt der Befragung hatten. Eher dagegen spricht, dass sich die durchschnittliche Höhe der Methadondosis und auch andere Behandlungsvariablen (z. B. die Stabilität des Methadondosisverlaufs und die Inkongruenz zwischen der von den Methadonpatienten angestrebten Methadondosis und der nach ihrer Einschätzung vermuteten Zieldosis der behandelnden Person) von der dritten Gruppe, den Methadonintegrierern, nicht signifikant unterscheiden. Dies verhält sich so, obwohl die Methadonintegrierer signifikant tiefere Werte bezüglich Methadon-Substitutions-Orientierung haben als die Methadonbenutzer. Dies zeigt, dass in Bezug auf die Höhe der Methadondosis, die Stabilität des Methadondosisverlaufs und die Zieldosis-Inkongruenz neben der Methadon-Substitutions-Orientierung noch andere Faktoren einen Einfluss auf das Rehabilitationsverhalten innerhalb der Methadon-Substitutionsbehandlung haben.

6.2.3 Methadonintegrierer

Die Methadonintegrierer (dritte Gruppe) haben im Vergleich zu den Methadonablehnern (erste Gruppe) eine sehr tiefe Methadon-Abbau- und Methadon-Tiefdosis-Orientierung und nur sehr geringe Methadon-Substitutions-Ängste. Verglichen mit den Methadonbenutzern (zweite Gruppe) sind die Methadonintegrierer nur mittelmässig substitutions-orientiert. Nicht signifikant unterscheiden sich die Methadonintegrierer und die Methadonbenutzer von den Methadonablehner in ihrer je geringen Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung.

Heroinkonsum-Verhalten:

Innerhalb der Gruppe der Methadonintegrierer zeigt sich allerdings ein signifikanter Zusammenhang zwischen Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung und selbst berichtetem Heroinkonsum in Bezug auf die letzten 30 Tage vor der Befragung ($p=0.56$; $p<0.01$). Methadonintegrierer mit Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung konsumieren auch tatsächlich mehr Heroin, was ein weiterer Beleg dafür ist, dass die Patienteneinstellungen in der Behandlung verhaltensrelevant werden können. Der entsprechende Zusammenhang zwischen Einstellung und Verhalten auf Ebene der Gesamtstichprobe ($p=0.40$), wonach flexibilisierungs-orientierte Patienten öfter Heroin konsumieren als andere Patienten, ist somit hauptsächlich auf Patienten der Gruppe der

Methadonintegrierer zurückzuführen. Im Gegensatz zum Heroinkonsum-Verhalten der Methadonablehner, das auf fortwährendes Abbau- und Tiefdosis-Verhalten²² und damit einhergehende chronische Heroin-Unterdosierung zurückzuführen ist, dürfte es sich bei den Methadonintegrierern aufgrund ihres Einstellungsmusters eher um ein geplantes Verhalten im Sinne der Theorie des geplanten Verhaltens (vgl. Ajzen & Madden, 1986) sowie des Limburger Modells (vgl. DeVries et al., 1988) handeln.

Methadonintegrierer lassen sich als einzige auf eine Dauersubstitutionsbehandlung ein:

Es ist zu vermuten, dass sich die Methadonintegrierer als einzige auf eine Dauersubstitutionsbehandlung eingestellt und in dieser Weise das Methadon in ihr Leben eingebettet haben. Einerseits zeigt sich dies darin, dass der prozentuale Anteil an Methadonintegrierern mit Heroinverlangen und Heroinkonsum ziemlich ausgewogen zwischen den beiden anderen Gruppen liegt. Andererseits zeigt sich dies darin, dass sich in der Gruppe der Methadonintegrierer im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen mit einem Anteil von 96% signifikant am meisten Patienten befinden, die dem Methadon insgesamt positiv gegenüber eingestellt sind und mit einem Anteil von 56% signifikant am meisten Patienten befinden, die als Behandlungsziel „Substitutionsbehandlung bei adäquater Methadondosierung“ angeben ($\chi^2=19.26$; $df=6$; $p<0.01$). Dieser Anteil von 56% auf Gruppenebene ist umso bedeutender, als auf Ebene der Gesamtstichprobe 60% der Patienten damit beschäftigt sind, ihre Methadondosis zu reduzieren.

Unter dem Aspekt, dass auf Ebene der Gesamtstichprobe Methadon-Abbau- und Methadon-Tiefdosis-Orientierung einerseits, Methadon-Substitutions-Orientierung andererseits je positiv mit aktiver Veränderungsbereitschaft (VSS-k-Action-Skala) korrelieren und dass sich diese Korrelationen nicht signifikant voneinander unterscheiden, könnte das Einstellungsmuster der Methadonintegrierer, das sich mitunter durch tiefe Werte in diesen drei Einstellungsdimensionen auszeichnet, dahingehend interpretiert werden, dass sich die Methadonintegrierer zwar als einzige auf eine Dauersubstitutionsbehandlung eingestellt und in dieser Weise das Methadon in ihr Leben eingebettet haben, dies aber auf mangelnde Veränderungsbereitschaft bzw. Veränderungsmotivation zurückzuführen ist.

²² Dieses Abbau- und Tiefdosisverhalten der Methadonablehner resultiert wie oben erläutert aus der Wechselwirkung zwischen Methadon-Substitutions-Angst, Methadon-Abbau-Orientierung, Methadon-Tiefdosis-Orientierung, aktiver Veränderungsmotivation, allgemeiner Selbstwirksamkeitsüberzeugung und Flexibilisierung des Heroinkonsums.

Wann ist ein Methadonpatient eigentlich rehabilitations-orientiert:

Der Vergleich zwischen Methadonintegrierern und Methadonbenutzern zeigt, dass höhere Methadondosierung und stabilerer Methadondosis-Verlauf wie von Rehm und Uchtenhagen in einem Bericht von 2001 gefordert, tiefe Methadon-Abbau-Orientierung, Tiefdosis-Orientierung und Methadon-Substitutions-Angst (vgl. Einstellungsmuster der Methadonintegrierer) ebenso wichtig sind wie eine hohe Methadon-Substitutions-Orientierung (vgl. Einstellungsmuster der Methadonbenutzer).

Damit zeigt sich, dass von rehabilitations-orientierten Methadonpatienten erst dann gesprochen werden kann, wenn bei tiefem Heroinverlangen und tiefem Heroinkonsum nicht nur hohe Methadon-Substitutions-Orientierung, sondern auch tiefe Methadon-Abbau-Orientierung, Tiefdosis-Orientierung und Methadon-Substitutions-Angst vorliegen. Diese Einstellungskriterien erfüllt lediglich ein Teil der Methadonbenutzer.

6.3 Psychodynamische Überlegungen bezüglich der Patienten-Gruppen

6.3.1 Exkurs: Das heuristische Modell von Wurmser

Nachfolgend werden Überlegungen über mögliche Unterschiede der Methadonpatienten-Gruppen auf psychodynamischer Ebene angestellt. Zu diesem Zweck bedarf es eines Exkurses in die von Wurmser (1987a, 1987b) publizierten Ausführungen über die Psychodynamik der „Toxikomanie“. Im folgenden Kapitel werden Wurmser's Überlegungen, die er verallgemeinernd auf alle Drogen bezieht, anhand der Heroinabhängigkeit zusammengefasst wiedergegeben (Wurmser, 2000, S. 41ff.).

6.3.1.1 Zur Psychodynamik der Heroinabhängigkeit

Die Überlegungen von Wurmser bezüglich der Psychodynamik der Heroinabhängigkeit basieren auf sechs Aspekten:

1. Künstliche Affektabwehr: Gemäss Wurmser dienen Drogen ganz allgemein und damit auch das Heroin vor allem einer „künstlichen“ Affektabwehr, als pharmakologisch massiv verstärkte Form der Abwehr durch Verleugnung von Gefühlen, die das Ich sonst zu überwältigen drohen. Der Heroinkonsum stellt hauptsächlich den Versuch dar, einer schmerzhaften inneren Wirklichkeit ledig zu werden und so auch mittelbar die Wahrnehmung und das Erleben der Aussenwelt radikal zu verändern. Dies setzt gemäss Wurmser nicht nur eine Prädisponierung zu Abwehrformen (vgl. Laplanche & Pontalis, 2002) wie Verleugnung, Externalisierung und Affektblockierung voraus, sondern auch eine besondere Bereitschaft zur Affektregression wie sie v. a. von Krystal (1975; zit. nach Wurmser, 2000) beschrieben wurde. Zu dieser Affektregression gehört es, dass die Emotionen global und undifferenziert erlebt werden: Es ist nicht nur Ärger, sondern gleich überwältigende Wut, nicht nur eine mässige Angst und Sorge, sondern gleich drohende Panik, nicht nur Sympathie und Liebe, sondern überwältigende Verschmelzung und Abhängigkeit, nicht Enttäuschung und Trauer, sondern Todesgrauen, Raserei gegen das Selbst oder absolute Leere, Lebensekel, Bezugslosigkeit und Sinnlosigkeit. Dazu gehört auch, dass die Gefühle kaum in Worten und anderen symbolischen Formen ausgedrückt werden können, sondern stattdessen teilweise somatisch erscheinen.

2. Phobischer Kern: Wurmser geht bei manchen Heroinabhängigen von einem phobischen Charakter, von einem phobischen Kern ihrer Infantilneurose aus. Er nimmt an, dass v. a.

Ängste klaustrophober Art eine wichtige Rolle spielen, die Angst, sich durch alles, was als Verpflichtung, Begrenzung und Struktur erlebt wird, beengt, eingeschlossen und umschnürt oder gefangen zu fühlen. Ganz besonders ist es jede Nähe – physische oder psychische – zu andern, die als Einengung und Gefangennahme erlebt wird und abgewehrt werden muss. Beziehung wird oft mit erstickender Abhängigkeit gleichgesetzt und gemieden. Durch den Abwehrmechanismus der Externalisierung kommt es zur Verlegung eines inneren Konflikts in die Aussenwelt, wobei eine innere Gefahr nach aussen verlegt und dort in der Phobie vermieden und bei erfolgreicher Externalisierung durch die Handlung auch besiegt wird. Der Heroinkonsum selbst dient dabei der Abwehr, wonach mit Hilfe einer magischen Substanz wie „Heroin“, das Unerträgliche erträglich gemacht werden soll. Etwas, was „innen“ ist, soll „draussen“ durch Handlung verändert werden.

3. Schutzphantasien: Wurmser geht davon aus, dass da, wo Phobien bestehen, es immer auch Schutzphantasien, Phantasien von beschützenden Personen oder von unpersönlichen Schutzsystemen gibt, die sich den Bedrohungen spezifisch entgegenstellen sollen. Die Suche nach einem Beschützer gegen das phobische Objekt und die Angstsituation führt fast unvermeidlich zur zwingenden Abhängigkeit von einem solchen antiphobischen Objekt. Es kommt zur Hörigkeit gegenüber einem geliebt-gehassten Partner oder einem Fetisch, zur Unterwerfung unter eine Droge und die damit verbundene Freundes- und Sozialgruppe und deren Ambiance oder zur Verhaftung an ein System magisch wirksamer Handlungen oder an einen Therapeuten. Gemäss Wurmser entspricht die Abhängigkeit von einer Droge einer Sonderform einer solchen Schutzphantasie, die den phobischen Kern abzuschirmen hat. Schutzobjekte und Schutzsysteme zeigen jedoch stets die „Rückkehr des Verdrängten“. Manche der beängstigenden Züge finden sich, oft nur halb versteckt, im Beschützer wieder. Wenn der Klaustrophobe beispielsweise Schutz im Heroin sucht, wandelt sich dieses zu einem neuen Claustrium. Gemäss Wurmser befindet sich ein Heroinpatient in der paradoxen Situation, dass er aus tiefer Angst heraus dem Heroin und dem damit verbundenen Konsumritual und der Subkultur oder einem Therapeuten und der damit verbundenen Behandlungsstruktur die Funktion eines Schutzobjektes zuordnet, das dann sogleich zur neuen Bedrohung wird. Aufgrund dieser psychodynamischen Überlegungen wird jedes Claustrium gesucht, wird man von jedem Claustrium abhängig und muss so vor jedem Claustrium wieder fliehen. Das Paradox besteht darin, dass der Schutz gegen die Angst zur Quelle neuer Angst wird, so dass das Schutzsystem selbst zum gefährlichen Gegner – zur „Einschliessung“, zum

Clastrum – wird. Solch ein Selbstwiderspruch liegt gemäss Wurmser in jeder Wiederkehr des Abgewehrten.

4. Narzisstische Objektwahl: Die Schutzobjekte (Beschützer), ob nun Ideologien, Führer, Gruppen oder eben Drogen (wie z.B. Heroin) und Konsumrituale werden völlig überbewertet, d.h., es sind narzisstisch überschätzte Objekte. Bei solchen Schutzobjekten handelt es sich um eine „narzisstische“ Objektwahl, um „narzisstische“ Objekte, so genannte Selbstobjekte (vgl. Kohut, 2002; Kohut & Wolf, 1989). Der phobisch Heroinabhängige erwartet und besteht darauf, dass sein Schützer und Erlöser allmächtig, allverzeihend, beschwichtigend und schrankenlos gebend ist. Gleichzeitig bangt er indes vor dem Gedanken, dass solch ein gottähnliches Wesen auch allzerstörerisch, total verurteilend, bissig und vernichtend böse sein könnte, wie das ja typisch für jede „narzisstische“ Objektwahl, nicht nur bei Patienten mit Substanzstörung, ist. Enttäuscht das Schutzobjekt „Heroin“ (was bei jedem Heroinentzug der Fall sein dürfte, Anm. Autor), verwandelt es sich also rasch in eine vernichtende, verurteilende, böse Gestalt (wie Gott und Teufel). Diese Über-Ich-Spaltung und die dadurch bedingte Identitätsspaltung beruht auf der Abspaltung der Schutzfunktionen von den gefürchteten Aspekten der ursprünglichen Eltern, mithin auf den frühen Ambivalenzkonflikten ihnen gegenüber und den dabei mitspielenden Abwehrvorgängen der Triebumkehrung, der Verleugnung, der Externalisierung, der Verschiebung und der Verdrängung.

5. Identitätsspaltung: Hin und her schwankend zwischen der Angst vor verurteilenden und erniedrigenden Gewalten von aussen und narzisstischen Ansprüchen von innen, nehmen Identität und Gewissen einen sonderbar zwiespältigen, ungewissen Charakter an. Klinisch zeigt sich gemäss Wurmser eine solche Identitätsspaltung, der man auch bei anderen (als Substanzstörungen) schweren Neurosen begegnet, in Perioden von hoher Ehrlichkeit und Integrität, die ganz plötzlich in Perioden rücksichtsloser Brutalität und unberechenbarer bis krimineller „Grenzverletzung“ umschlagen können.

6. Akute narzisstische Krisen: Hauptaspekt der Dynamik der Heroinabhängigkeit und der Wiederaufnahme des Heroinkonsums nach Episoden der Abstinenz sind gemäss Wurmser (1987b, S. 234) „narzisstische Krisen“. Damit meint Wurmser Krisenzustände, bei denen verschiedene Formen ängstlicher und depressiver Affekte im Vordergrund stehen, d. h. Affekte, die sich sowohl auf drohende Gefahren wie auf schon erfolgte Schädigung beziehen.

Gewöhnlich sind sie gleichzeitig vorhanden und von grosser Intensität. Unter diesen Angst- und Depressionsaffekten treten mehrere als besonders häufig und wichtig hervor: Schwere Minderwertigkeitsgefühle gegenüber einem Ideal, daher Angst vor Blossstellung oder die depressive Gewissheit, dass diese schon erfolgt ist, mithin das Gefühl bevorstehender oder geschehener Erniedrigung – also Scham; tiefe Gefühle, nicht gut zu sein, nicht das getan oder geleistet zu haben, was man hätte tun sollen, die Verantwortlichkeit versäumt und andere verwundet zu haben – also Schuld. Gewöhnlich beziehen sich diese bewussten ängstlich-depressiven Versionen von Scham und Schuld lediglich auf Deckgeschehnisse (screen-events), während deren wirkliche Ursachen versteckt, unbewusst sind (vgl. Fonagy et al., 2003). Während solcher Zustände wird eine innere Autorität und werden die von ihr getragenen Ideale unerträglich, die Angst über den von ihr ausgeübten Druck besonders bedrängend und die Gefühle von Schuld und Scham darüber, dass man solch unerbittlich fordernden inneren Befehlen nicht Genüge getan hat, besonders schmerzhaft. Der Ursprung des übersteigerten und archaisch-rachsüchtigen Über-Ich-Drucks und die Gründe für diese episodischen Exazerbationen lassen sich in der individuellen Geschichte finden.

6.3.1.2 Heroinkonsum als spezifische Konfliktlösung

Während der Impulshandlung des Heroinkonsums ist es nun charakteristisch, dass es zu einem trotzigem Aufbäumen gegen einen besonders beschwerlichen und kritisierenden Teil dieser inneren Autoritätsfigur und zu dessen kurzfristiger Absetzung kommt. Dies geschieht gemäss Wurmser (1987b, S. 235) in der Hoffnung, auf diese Weise eine Phantasieidentität zu erreichen, die von diesem inneren Tyrannen (Über-Ich) befreit wäre.

Das Ich des Heroinkonsumenten wehrt sich sowohl gegen das Gewissen, also das Über-Ich, wie auch gegen die äussere Realität, sofern diese mit Grenzen und Zeit, mit Verantwortung und Verpflichtung, wo sie aber auch allgemeiner mit Selbsterhaltung, mit Voraussehen der Folgen, mit Aufschub und späterer Befriedigung zu tun hat. Dabei werden grosse Teile des Es, und zwar nicht nur Aggressionen, sondern auch unterschiedliche Formen der Libido, in den Dienst dieser Abwehr gestellt. Damit betont Wurmser (1987b, S. 237), dass Heroinkonsum nicht „Lust an sich“, Rausch nicht als Selbstzweck, gesucht wird, sondern dass es sich um Lust im Dienste breit angelegter Abwehr gegen Über-Ich und Aussenwelt handelt. Da in diesem Kampf gegen das Über-Ich die Abwehr in Form von Verleugnung die wesentliche Rolle spielt, sind Gegenphantasien, die diese Verleugnung zu unterstützen haben

– „countervailing fantasies“ – notwendig, eben in Form der Schutzsysteme. Derartige Konfliktlösungen sind allerdings nur temporär und verschieben sich leicht.

Schutzobjekte (Heroin als Substanz) oder Schutzsysteme (Subkultur der Heroinkonsumenten, Konsumrituale usw.) erscheinen Heroinkonsumenten als reexternalisierte Versionen des archaischen Über-Ichs, die eingesetzt werden, um einem „Ich“ wieder Macht, Kontinuität und Kontrolle zu gewährleisten, das von traumatischer Angst und Depression bedroht wird. Es ist nötig, um einer anderen Version des archaischen Über-Ichs, der abgewehrten, entgegenzutreten. Es handelt sich um jene, die bedrohlich verurteilt und leicht wieder als äussere Autorität angesehen und gefürchtet wird, einer Über-Ich-Gestalt also, die fast ausschliesslich mit Scham und Schuld droht und straft und die das weiterlebende „Gespenst“ der in früher Kindheit erlittenen schweren Traumatisierung darstellt. Das entscheidende am heuristischen Modell von Wurmser ist, dass Über-Ich-Schutzfiguren (hier: Heroinkonsumereignisse) das Gefühl evozieren, all die gefürchteten Elemente, die abgewehrt werden sollten, unter der magischen Herrschaft des Ichs zu haben (Wurmser, 1987b, S. 240).

Die meisten Ängste und depressiven Gefühle, die Wurmser (1987b, S. 238) als Impetus für die pharmakogene Affektabwehr beschreibt, beziehen sich auf diese Konfliktlösung und lassen sich entweder aus dem Abwehrkampf gegen Über-Ich und Aussenwelt ableiten oder lassen umgekehrt diesen Kampf notwendig erscheinen. Je heftiger z.B. Schuld und Scham zu werden drohen, umso grösser wird die Notwendigkeit, das Gewissen und seine äusseren Repräsentanten zu unterdrücken und zu beseitigen.

6.3.1.3 Die Rückkehr des Verleugneten

Die mit dem Heroingebrauch erzielte Konfliktlösung ist prekär und selbstzerstörerisch. Ihre Unhaltbarkeit erweist sich in der „Rückkehr des Verleugneten“. Dieser Begriff wurde von Wurmser (1987b, S. 238) als Analogon zum Begriff „Rückkehr des Verdrängten“ bei anderen Formen der Neurose betont, den Wälder (1951) in Bezug auf die Dynamik des paranoiden Prozesses geprägt hatte. Was bei dieser Lösung abgewehrt wird, erscheint zwar in verzerrter, aber umso machtvollerer und archaischerer Gestalt. Besteht die für Heroinpatienten typische Konfliktlösung darin, dass wichtige Aspekte des Über-Ichs und damit verbundener Anteile der äusseren Realität – jene, die mit Autorität, Begrenzungen, Beschränkungen und mit Gesetzen zu tun haben – abgewehrt werden, ist eine Rückkehr dieser abgelehnten Funktionen in verzerrter und regressiver Form wahrscheinlich. Bei dieser „Wiederkehr des Verleugneten“

spielt der von Wälder (1951) vermutete Isomorphismus von Abwehr und Abgewehrtem eine Rolle. Dies soll am Beispiel von Über-Ich-Funktionen nachvollzogen werden.

Das Über-Ich umfasst nicht nur Funktionen wie Ich-Ideal, Selbstbeobachtung und Selbstverurteilung, sondern stellt selbst ganz zentral eine billigende und beschützende innere Instanz dar (Schafer, 1960; zit. nach Wurmser, 1987b). Dem Kampf gegen das Über-Ich fallen nach Wurmser auch dessen schützenden, besänftigenden und verzeihenden Seiten zum Opfer. Das hat mitunter zur Folge, dass bei dessen Abwehr ein dauerhaftes Gefühl der Ungeborgenheit, der Verletzlichkeit, besteht, was den Patienten auf die Suche nach „Beschützern und Verzeihern“ treibt. Eine weitere Folge ist der Mangel bezüglich der Funktion, „für sich selber zu sorgen oder sich in acht zu nehmen“ (Khantzian, 1997; Krystal, 1982; zit. nach Wurmser, 1987b, S. 239). Wurmser vertritt die Ansicht, dass oft als entwicklungsmässiger Defekt aufgefasst wird, was sich auf diese schützende, Sicherheit gewährende und billigende Seite des Über-Ichs bezieht, die der allgemeinen Regression und der massiven abwehrbedingten Aufsplitterung zum Opfer gefallen ist. Dabei versteht er die beiden Deutungen (Defekt und Konflikt) komplementär und abhängig vom therapeutischen Standpunkt. Wurmser (1987b, S. 239) interpretiert die allen Konflikten vorausgehende und sie begleitende Regulationsstörung der Affekte als eine Art Defekt. Diese Regulationsstörung spiegelt sich gemäss Wurmser in der Massivität der Konflikte und in der archaischen und überwältigenden Natur des Über-Ichs und seines Absolutheitsanspruchs wider. Heroin übernimmt dabei einen grossen Teil dieses beschützenden, beschwichtigenden und damit antiphobischen Systems. Dabei stellt sich die Frage, was denn letztlich die Substanz Heroin als „Beschützer“ ist, wenn dieser „Beschützer“ ebenso zwanghaft, ebenso „süchtig“ gesucht wird wie das phobische Objekt vermieden wird? Insgesamt kommt Wurmser (1987) zu dem Schluss, dass phobisches und antiphobisches Objekt sehr nahe miteinander verwandt sind – dass Wunschobjekt und Gefahrenobjekt im Grunde dasselbe sind, zwei Seiten des einen ambivalent erlebten ursprünglichen Objekts darstellen (vgl. auch Wälder, 1951). Damit meint Wurmser, dass Schutzobjekte und Schutzsysteme stets die „Rückkehr des Abgewehrten“ zeigen. Anna Freuds Fallbeispiel des zahmen Löwen ist ein Beispiel dafür, dass sich beängstigende Züge, oft nur halb versteckt, im Beschützer wieder finden. In ihrem Fallbeispiel handelt es sich um einen zahmen Löwen als Beschützer eines siebenjährigen Knaben. Der Löwe ist Ersatz für den Vater. Die „Verwandlung der Aggression in Angst und die Verschiebung vom Vater auf das Tier“ entspricht dem typischen phobischen Vorgang. Aber der nächste Schritt des Buben ist antiphobisch. Er verleugnet eine Tatsache der

Wirklichkeit und verkehrt sie in der Löwenphantasie in ihr lustvolles Gegenteil. Das Angsttier wird zum Freund ernannt; seine Stärke dient jetzt dem Knaben, anstatt ihn zu erschrecken. In dieser und anderen Verleugnungsphantasien (von z. B. schützenden Tieren) wird deutlich, dass die Macht, hier des Vaters, die sich in den Tieren verkörpert, dem Schutz vor dem Vater selbst dient (Freud, 1936; zit. nach Wurmser, 1987b, S. 240).

6.3.2 Kritische Überlegungen zum heuristischen Modell von Wurmser

Bevor im nächsten Unterkapitel das Modell von Wurmser (1987a, 1987b) als Quelle Hypothesen generierender Gedanken zur Interpretation der einzelnen Methadonpatienten-Gruppen dient, sollen einige kritische Überlegungen dazu angeführt werden:

1. Wurmser bezieht seine Ausführungen auf die Population der „Toxikomanen“. Dabei bleibt undefiniert, welche Populationen von Patienten mit Substanzstörung er mit diesem Begriff genau meint, inwiefern sein Modell generalisierbar ist auf alle Patienten mit einer Substanzstörung und aufgrund welcher empirischen Evidenz er eine allfällige Generalisierbarkeit vornimmt (Wurmser, 1987b, S. 221–253).
2. Es ist unklar, inwiefern aufgrund des Modells bei Patienten mit einer Substanzstörung von einer „Infantilneurose mit phobischem Kern“ bzw. einer „Klaustrophobie“ ausgegangen werden kann (Wurmser, 2000, S. 41).
3. Es ist unklar, wie weit Wurmser seine Annahme verallgemeinert, wonach Drogengebrauch der Abwehr und damit „der Konfliktlösung“ dient (Wurmser, 1987b, S. 238).
4. Wurmser bezeichnet „die allen Konflikten vorausgehende und sie begleitende Regulationsstörung der Affekte ...“ als „eine Art von Defekt“. Dabei bleibt unklar, wo der Defekt aufhört und wo der Konflikt beginnt und ob jeder Konflikt letztlich auf einem Defekt basiert (Wurmser, 1987b, S. 239).
5. Wurmser impliziert, dass „Toxikomanie“ auf schwere frühkindliche Traumatisierung zurückzuführen ist. Unklar bleibt dabei das Ausmass an „kausaler Relevanz“ (vgl. Grünbaum, 1988, S. 126ff.) für die Entwicklung einer Substanzstörung und die Generalisierbarkeit solcher Traumatisierungen (Wurmser, 1987b, S. 240).

6.3.3 Psychodynamische Interpretation der Methadonpatienten-Gruppen

Zunächst wird die Methadoneinnahme an sich, danach werden die einzelnen Methadonpatienten-Gruppen anhand der psychoanalytischen Überlegungen von Wurmser interpretiert und diskutiert.

Besteht nun wie oben ausgeführt die für Heroinabhängige typische Konfliktlösung darin, dass durch Heroinkonsum Phantasieidentitäten aufgebaut und gleichzeitig wichtige Funktionen des Über-Ichs und damit verbundene Anteile der äusseren Realität – v.a. jene, die mit Autorität, Begrenzungen, Beschränkungen und mit Gesetzen zu tun haben – verleugnet und dadurch abgewehrt werden, ist eben auch die Rückkehr dieser abgewehrten Funktionen in verzerrter und regressiver Form zu erwarten. Klinisch manifestiert sich dies darin, dass sich Heroinabhängige durch Heroin als Substanz, durch das Heroinkonsum-Umfeld und durch das Heroinkonsum-Ritual begrenzt, dirigiert, unter Druck gesetzt, beschämt, beschuldigt und bedroht fühlen. Die Interaktion dieser Bedrohungen führt in der Folge oft zur Aufnahme einer Methadon-Substitutionsbehandlung. Durch die Aufnahme einer Methadonbehandlung sollte es aufgrund der Überlegungen von Wurmser zu einer Verschiebung kommen, so dass das Methadon nicht nur das Heroin substituiert, sondern auch dessen Schutzfunktion und damit die Abwehrfunktion des Heroins übernimmt. Dadurch sollte es dann auch bezüglich des Abgewehrten zu einer Verschiebung kommen, wonach Über-Ich-Repräsentanzen des Heroinkonsums durch solche der Methadoneinnahme vertauscht werden. Dies könnte nun aber zu einem problematischen Moment führen, weil durch die unterschiedlichen negativen Einstellungen der Mitpatienten, der Behandelnden, des sozialen Umfeldes, der Gesellschaft usw. die Verleugnungsphantasien des Methadons in Frage gestellt werden. Im Zusammenhang mit dem Heroinkonsum gibt es diese Problematik auch, sie wird allerdings durch die Heroinwirkung stark abgeschwächt. Diese Leistung vermag das Methadon nicht zu bieten, weil Methadon, als Substitutionsmedikament verabreicht, keine entsprechende Wirkung hat. So gesehen könnte man sagen, dass gewissen Methadonpatienten im Rahmen einer Methadon-Substitutionsbehandlung nicht primär der Rauschzustand genommen wird, sondern in Bezug auf ihre Über-Ich-Pathologie das Schutzsystem. Dies würde erklären, weshalb sich Methadon bei einem Teil der Patienten im Sinne eines Isomorphismus (Wälder, 1951) zu einem phobischen Objekt und dadurch zu einer Über-Ich-Repräsentanz entwickeln kann, die mit Angst besetzt wird. Dies wiederum könnte eine heuristische Erklärung für den Teil der Methadonpatienten sein, die stets dazu neigen, ihre Methadondosis abzubauen. Die Methadondosisregulierung würde unbewusst nämlich eine Schutzsystem-Ersatz-Funktion

übernehmen. Denn gewisse Methadonpatienten könnten, v. a. über den Abwehrmechanismus der Externalisierung, das subjektive Gefühl entwickeln, durch die Regulierung der Methadondosis ihr Über-Ich regulieren zu können und damit Bedrohungen durch Angst, Schuld und Scham, die vom Über-Ich auf das Methadon übertragen werden, durch Regulierung der Methadondosis im Ich wieder unter Kontrolle zu haben.

Ausgehend von diesen Überlegungen und basierend auf den empirischen Befunden der vorliegenden Untersuchung soll nun eine psychodynamische Interpretation der einzelnen Methadonpatienten-Gruppen vorgenommen werden, die allerdings rein heuristischen Charakter hat und damit letztlich nicht nur der Interpretation, sondern auch der Hypothesengenerierung dienen soll. Zuerst wird die Gruppe der „Methadonablehner“, danach der „Methadonbenutzer“ und dann die Gruppe der „Methadonintegrierer“ diskutiert:

Methadonablehner: Bei den Methadonablehnern lassen sich die von Wurmser beschriebenen sechs Aspekte der Psychodynamik der Heroinabhängigkeit: künstliche Affektabwehr, phobischer Kern, Schutzphantasien, narzisstische Objektwahl, Identitätsspaltung und narzisstische Krisen deutlich identifizieren (vgl. Wurmser, 2000, 1987a, 1987b). Die nachfolgenden Überlegungen gehen deshalb von der Prämisse aus, dass bei den Methadonablehnern eine starke Diskrepanz zwischen Ich-Entwicklung und narzisstischen Ansprüchen zu Heroinkonsum führte. Heroin hat dabei die Funktion der Versöhnung zwischen den narzisstischen Ansprüchen und der realen Ich-Entwicklung. Aufgrund des von Wurmser (1987b) und Wälder (1951) dargestellten Isomorphismus, wird diese Heroinkonsum-Lösung vom Über-Ich jedoch abgewehrt. Denn Heroinkonsum wird mit Symptom und Symptom mit Makel assoziiert. Das Über-Ich lässt es nicht zu, dass sich das Ich mit dem Heroinkonsum als einem Symptom identifiziert. Das Ich erlebt deshalb den aus psychischer Not entstandenen Heroinkonsum als massiven Störfaktor, als ich-dyston. Es kommt zu einer kontraphobischen Identifikation, so dass durch Heroinkonsum Schuldgefühle evoziert werden, die dann durch Einnahme des Methadons auf das Methadon übertragen werden. Methadon wird als Ersatzsymptom wahrgenommen, das bei „Methadonablehnern“ vom Über-Ich genauso verworfen werden muss wie der Heroinkonsum selbst. Das Methadon wird abgelehnt, weil es zu einem bösen Partialobjekt wird. „Methadonablehner“ reagieren deshalb auch phobisch auf Methadon. Insgesamt handelt es sich bei den „Methadonablehnern“ um Methadonpatienten mit einer Persönlichkeitsstruktur, die eine starke Über-Ich-Problematik aufweisen (z. B. depressive Störungen). Dabei ist zu vermuten,

dass der Heroinkonsum und auch das Methadon unbewusst als Über-Ich-Entlastungskrücke eingesetzt werden. Dabei übernimmt das Methadon die **Funktion eines Hilfs-Über-Ichs**. Die „Methadonablehner“ versuchen den Über-Ich-Druck zu externalisieren, indem sie mittels Methadon-Abbau das Über-Ich und damit ihre Schuldgefühle extrapsychisch regulieren. Der Methadondosis-Abbau dient daher unbewusst der Regulierung des Über-Ichs. Dies zeigt sich empirisch mitunter darin, dass in der Gruppe der „Methadonablehner“ ein signifikant-negativer Zusammenhang zwischen Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung und Selbstwirksamkeit sowie ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen Methadon-Abbau-Orientierung und Selbstwirksamkeit besteht. Dies könnte psychodynamisch so interpretiert werden, dass bei „Methadonablehnern“ durch die Tendenz zur Flexibilisierung des Heroinkonsums Schuldgefühle und Einbrüche der Selbstwirksamkeitsüberzeugung, durch die Tendenz, das Methadon abzubauen, Reduktion der Schuldgefühle und Erhöhung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung evoziert werden.

Methadonbenutzer: Wie in Kap. 6.2.2 erläutert, stehen Methadonbenutzer ihrer Methadon-Substitutionsbehandlung sehr ambivalent gegenüber. Sie fühlen sich „hin und her gerissen“ zwischen aktiver Veränderungsmotivation in Richtung Substitutionsprozess mit Rehabilitation und adäquater Methadondosis einerseits und Angst vor solchen Substitutionsprozessen andererseits. Ihre Fähigkeit, solch starke Gefühle der Ambivalenz zu ertragen, lässt aufgrund psychodynamischer Struktur-Diagnostik (vgl. Arbeitskreis OPD, 2001, S. 160ff.) vermuten, dass „Methadonbenutzer“ bezüglich ihrer Ich-Funktionen besser integriert, also höher strukturiert, sind als andere Methadonpatienten. Dies lässt vermuten, dass es sich bei den Methadonbenutzern um Methadonpatienten handelt, deren Heroinabhängigkeit weniger Struktur, als vielmehr Konflikt bedingt ist. Unter dieser Prämisse kann bei den Methadonbenutzern, verglichen mit den Methadonablehnern und -integrierern, von einer intakteren Ich-Entwicklung ausgegangen werden, so dass Methadonbenutzer beispielsweise durch konflikthafte Erschütterungen (z.B. in der Adoleszenz) im Heroinkonsum Zuflucht suchen und auf diese Weise in Heroinabhängigkeit geraten. Dank dieser womöglich höheren Ich-Entwicklung gelingt es den Methadonbenutzern, verglichen mit den Methadonpatienten der anderen beiden Gruppen, das Rehabilitationspotenzial von Methadonbehandlungen differenzierter und sachlicher zu reflektieren und einzuordnen. Unbewusst hat Methadon für die Methadonbenutzer in ihrer Ambivalenz zwischen Methadon-Substitutions-Orientierung und Methadon-Substitutions-Angst die **Funktion eines Übergangsobjekts**, wie es von Winnicott (1969) beschrie

ben wurde (vgl. auch Laplanche & Pontalis, 2002). D.h., dass das Methadon als „Krücke“ auf dem Weg der Rehabilitation, auf dem Weg zur Abstinenz und zur Selbst bestimmenden Autonomie dient.

Methadonintegrierer: Die Methadonintegrierer haben im Vergleich zu den Methadonablehnern wie in Kap. 6.2.3 erläutert eine sehr tiefe Methadon-Abbau- und Methadon-Tiefdosis-Orientierung und nur sehr geringe Methadon-Substitutions-Ängste. Verglichen mit den Methadonbenutzern sind die Methadonintegrierer nur mittelmässig substitutions-orientiert. Nicht signifikant unterscheiden sich die Methadonintegrierer und die Methadonbenutzer von den Methadonablehnern in ihrer je geringen Flexibilisierung des Heroinkonsums. Aufgrund dieses Einstellungsprofils ist zu vermuten, dass die Methadonintegrierer als einzige auf eine Dauersubstitutionsbehandlung eingestellt sind und in dieser Weise das Methadon voll und ganz in ihre Gesamtpersönlichkeit eingebettet und damit in ihr Leben integriert haben. Bei den Methadonintegrierern lassen sich die von Wurmser beschriebenen sechs Aspekte der Psychodynamik der Heroinabhängigkeit – künstliche Affektabwehr, phobischer Kern, Schutzphantasien, narzisstische Objektwahl, Identitätsspaltung und narzisstische Krisen – nicht so deutlich identifizieren wie bei den Methadonablehnern (vgl. Wurmser, 2000, 1987a, 1987b). Es zeigt sich ein bedeutender Unterschied zwischen Methadonablehnern und Methadonintegrierern. Die Methadonablehner werden durch Einnahme von Methadon mit der „Rückkehr des Verdrängten“ konfrontiert, weil sich das Schutzobjekt „Methadon“ zu einem neuen Claustrium wandelt und paradoxerweise zu einer neuen Bedrohung wird. Daraus resultiert, dass Methadonablehner sehr hohe Werte bezüglich der Einstellungsdimensionen „Methadon-Abbau-Orientierung“, „Methadon-Tiefdosis-Orientierung“ und „Methadon-Substitutions-Angst“ und tiefe Werte bezüglich „Methadon-Substitutions-Orientierung“ aufweisen. Bei den Methadonintegrierern hingegen könnte von der Prämisse ausgegangen werden, dass das Methadon als Schutzobjekt keine bedrohlichen Züge annimmt, dass Heroinkonsum und Methadoneinnahme Teil ihrer Persönlichkeitsstruktur sind. Methadonintegrierer haben sich mit dem Heroinkonsum versöhnt und haben weder Angst noch Schuld- oder Schamgefühle gegenüber der Methadoneinnahme. Sie identifizieren sich mit der Heroinsubkultur und in der Folge auch mit der Umgebung der Methadonbehandlung. Dabei erleben sie Methadon als entlastendes, wünschbares, angenehmes, stabilisierendes und beruhigendes Partialobjekt. „Methadonintegrierer“ erleben den Heroinkonsum und in der Folge die Methadoneinnahme eher ich-synthetisch, d.h. im Sinne einer chronischen Plombe (vgl. dazu Morgenthaler, 2004) in einem narzisstisch labilen

System. Das Methadon (wie auch das Heroin) hat dabei die unbewusste **Funktion eines Hilfs-Ichs** (vgl. Heigl-Evers et al., 2002). Bei den Methadonintegrierern nimmt nicht das Schutzobjekt „Methadon“ bedrohliche Züge an, sondern das Ausbleiben des Schutzobjekts. Bedrohlich wird es für die Methadonintegrierer also erst dann, wenn die subjektiv erlebte „Methadon-Autonomie“ in Frage gestellt ist (zum Beispiel dann, wenn die Methadonversorgung ausbleibt oder abbricht).

6.4 Klinische Relevanz

Der klinische Alltag zeigt, dass viele Methadonpatienten entgegen einer breit abgestützten empirischen Evidenz, wonach „inadäquate Methadondosierung“ als bedeutender Prädiktor für Heroin-Beikonsum und Behandlungsabbruch gilt, nach einer inadäquat-tiefen Methadondosis streben (Faggiano et al., 2003; Maxwell & Shinderman, 2002; Rehm & Uchtenhagen, 2001; Leavitt et al., 2000; Bell et. al., 1995; Banys et al., 1994; Caplehorn, 1994; Strain et al., 1994; Strain et al., 1993; Sorensen et al., 1992; Milby, 1988). Die in dieser Arbeit gefundenen typischen Patienteneinstellungen zur Methadon-Substitutionsbehandlung zeigen eine sehr hohe Übereinstimmung zu den typischen Patientengruppen, die im Rahmen dieser Arbeit aufgrund der Einstellungen identifiziert worden sind, wenn sie zur Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit verwendet werden. Einige dieser fünf Faktoren zeigen einen Zusammenhang zu wichtigen Patienten-Merkmalen wie Heroinkonsum, Methadondosis und Verlauf der Methadondosis. Zur Erfassung der Patienteneinstellungen zur Methadon-Substitutionsbehandlung drängt sich aufgrund der Resultate der vorliegenden Arbeit ein Instrument auf, das die fünf Primärfaktoren und die zwei Sekundärfaktoren mit hoher Akzeptanz und befriedigender Reliabilität erfassen kann.

Eines der Hauptprobleme bei der Behandlung von Methadonpatienten ist die Wahrnehmung der Methadonpatienten als homogene Population durch die Behandelnden (vgl. auch Hagman, 1997). Nur weil ein Methadonpatient eine Substitutionsbehandlung aufnimmt, bedeutet dies noch lange nicht, dass alle Methadonpatienten, die eine Behandlung aufnehmen, dies mit gleich hoher aktiver Veränderungsbereitschaft tun. Im Sinne des transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung (Prochaska & DiClemente, 1982, 1983) sollte zunächst einmal berücksichtigt werden, dass sich die Methadonpatienten bei Behandlungsbeginn in unterschiedlichen Veränderungsphasen („stages of change“, SoC) befinden (Hagman, 1997). Aufgrund der Ergebnisse dieser Arbeit zeigt sich, dass Methadonpatienten insgesamt zwar über eine genügend hohe aktive Veränderungsmotivation verfügen, es sich mehrheitlich aber um eine aktive Veränderungsbereitschaft handelt, die in die „falsche“ Richtung geht – nämlich in Richtung Entzug und nicht in Richtung Substitution und schon gar nicht in Richtung Rehabilitation.

Die Behandelnden sollten die Methadonpatienten bei Behandlungsbeginn zumindest auf ihre Methadon-Entzug-Orientierung überprüfen und das Wissen um diese sehr verhaltensrelevante Einstellungs-Orientierung in den Aufnahme- sowie den anschliessenden Behandlungsprozess

einbeziehen. Phasenmodelle wie beispielsweise das Modell von Moolchan und Hoffman (1994) sowie Hoffman und Moolchan (1994), wonach Methadonpatienten verschiedene Behandlungsphasen zu durchlaufen haben, um das vermeintliche Ziel der Abstinenz zu erreichen, scheitern an der mangelnden Berücksichtigung und Integration der Methadon-Entzugs-Orientierung in die Abfolge der einzelnen Behandlungsphasen. Damit ist gemeint, dass Methadonpatienten, wenn überhaupt, erst nach einer erfolgreichen Rehabilitationsphase abstinent werden können und dass wenn sie versuchen, dies zu erreichen, ohne sich auf einen Rehabilitationsprozess einzulassen, ihr Versuch in ein Methadon-Abbau- und Tiefdosisverhalten mündet, was letztlich zu einer Destabilisierung des Substitutionsprozesses ohne Abstinenz führt.

Die diagnostische Zuordnung der Methadonpatienten in unterschiedliche Patientengruppen²³ anhand ihrer mehrdimensionalen Einstellungsmuster, ermöglicht den Behandelnden, die Methadonpatienten diagnostisch differenzierter wahrzunehmen (Differentialdiagnostik), individueller und bedürfnisorientierter in die Substitutionsbehandlung aufzunehmen (Differentialindikation) und Evidenz basierter zu behandeln. Diese Gruppenzuordnung ermöglicht den Behandelnden, Verhaltensweisen, die bislang als unspezifisch galten (z. B. Methadon-Abbauverhalten, Heroin-Konsumverhalten usw.), im Kontext der Gruppenzugehörigkeit differenzierter zu betrachten. Nachfolgend soll dies an klinisch relevanten Verhaltensbeispielen verdeutlicht werden:

Methadonabbau- und Tiefdosis-Verhalten:

Für die Behandelnden hatte das Methadonabbau- und Tiefdosis-Verhalten bislang über alle Methadonpatienten hinweg die gleiche Bedeutung. Je nach Gruppenzugehörigkeit haben Abbau- und Tiefdosisverhalten jedoch eine unterschiedliche Bedeutung. Methadonablehner versuchen durch Abbau- und Tiefdosisverhalten dem Dilemma zwischen Angst vor Methadon-Substitutionsbehandlung (was sie daran hindert, in den Prozess der Substitutionsbehandlung einzusteigen) und Angst vor Verlust des Gefühls der Selbstwirksamkeit (was sie daran hindert, aus der Substitutionsbehandlung auszusteigen und sich wieder voll und ganz dem Heroinkonsum zu überlassen) zu entkommen. Methadonablehner mit hohen Werten für Methadon-Abbau-Orientierung neigen dazu, die Methadondosis laufend zu reduzieren, während Methadonablehner mit hohen Werten für

²³ Die diagnostische Zuteilung der Patienten zu den drei Gruppen aufgrund des Einstellungsmusters der fünf Primärfaktoren ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht möglich. Dazu müssten anhand einer Nachfolgeuntersuchung an einer genügend grossen repräsentativen Stichprobe die Normwerte der fünf Primärfaktoren ermittelt werden.

Methadon-Tiefdosis-Orientierung die Methadondosis dann reduzieren, wenn sie ihnen zu hoch erscheint. Demgegenüber sind Methadonbenutzer aufgrund stärkerer Methadon-Substitutions-Orientierung viel eher bereit, sich auf einen Substitutionsprozess mit adäquater Methadondosierung einzulassen als Methadonablehner, die vor einem solchen Substitutionsprozess eher Angst haben und deshalb danach streben, die Methadondosis abzubauen. Längerfristig betrachtet ist aber auch der Methadonbenutzer bestrebt, das Methadon abzubauen. Dieses Abbauverhalten zielt allerdings mehr darauf, sich einer jahrelangen Dauersubstitution zu entziehen. Bei den Methadonintegrierern darf von Patienten ausgegangen werden, die sowohl die Methadoneinnahme als auch den Heroin-Beikonsum sehr ich-synton erleben, so dass sie auf eine Dauersubstitutionsbehandlung eingestellt sind. Diese Patienten geraten erst dann in Not, wenn ihnen das Methadon ausgeht oder sie keinen Zugang zu Methadon haben.

Heroinkonsum-Verhalten:

Im Gegensatz zum Heroinkonsum-Verhalten der Methadonablehner, das auf fortwährendes Abbau- und Tiefdosis-Verhalten²⁴ und damit einhergehender chronischer Methadon-Unterdosierung zurückzuführen ist, dürfte es sich bei den Methadonintegrierern eher um ein geplantes und gezieltes Verhalten handeln. Methadonablehner, die dazu neigen, das Methadon abzubauen bzw. die Methadondosis möglichst tief zu halten, laufen Gefahr, den Substitutionsprozess wiederholt durch Heroin-Beikonsum zu destabilisieren und die Substitutionsbehandlung abubrechen. Im Rahmen der Methadon-Substitutionsbehandlungen soll diesem unterschiedlich motivierten Heroinkonsum-Verhalten durch gezielte Anpassung der Behandlungsansätze entgegengewirkt werden.

Methadon-Substitutions-Angst:

Auch die Methadon-Substitutions-Angst hat je nach Gruppenzugehörigkeit des betroffenen Methadonpatienten eine unterschiedliche Bedeutung. Während die Methadonablehner hauptsächlich Angst davor haben, sich grundsätzlich einer mit Methadon adäquat dosierten Methadon-Substitutionsbehandlung zu unterziehen, haben die Methadonbenutzer hauptsächlich Angst vor der Vorstellung, während einer langen Dauer oder gar ein Leben lang in Methadon-Substitutionsbehandlung bleiben zu müssen.

²⁴ Dieses Abbau- und Tiefdosisverhalten der Methadonablehner resultiert wie oben erläutert aus der Wechselwirkung zwischen Methadon-Substitutions-Angst, Methadon-Abbau-Orientierung, Methadon-Tiefdosis-Orientierung, aktiver Veränderungsmotivation, allgemeiner Selbstwirksamkeitsüberzeugung und Flexibilisierung des Heroinkonsums.

Aktive Veränderungsbereitschaft:

Prochaska et al. (1992) konnten anhand einer Raucher-Kohorte aufzeigen, dass je mehr es Rauchern gelingt, sich handlungs-orientiert im Sinne der Actionphase des transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung (Prochaska & DiClemente, 1983, 1982) zu verhalten, ihre Prognose umso besser ist, von Nikotin abstinent zu werden. Prochaska et al. (1992) stellten denn auch fest, dass viele Behandelnde oft „action“-orientierte Raucherentwöhnungs-Programme anbieten, dann aber enttäuscht sind, wenn nur ein kleiner Prozentsatz der Patienten mit einer Abhängigkeitsproblematik dazu bereit ist, „action“-orientierte Behandlungen aufzunehmen oder solche gar abbrechen. Denn viele dieser Patienten bringen keine so hohe aktive Veränderungsbereitschaft in die Behandlung mit, wie dies in einem „action“-orientierten²⁵ Behandlungsprogramm erforderlich ist. Den Ergebnissen dieser Arbeit ist zu entnehmen, dass auch Methadonpatienten über eine aktive Veränderungsbereitschaft²⁵ verfügen, diese aber im Gegensatz zur Veränderungsbereitschaft der Raucher ungerichtet ist. Die Richtung der aktiven Veränderungsbereitschaft der Methadonpatienten klärt sich erst im Kontext des fünfdimensionalen Einstellungsmusters bzw. vor dem Hintergrund der Gruppen-Zugehörigkeit. So bezieht sich die aktive Veränderungsmotivation der Methadonbenutzer auf die Bereitschaft, sich auf die Substitutionsbehandlung einzulassen, während sich die aktive Veränderungsmotivation der Methadonablehner auf den Methadonabbau und das Bestreben bezieht, auf einer möglichst tiefen Methadondosis eingestellt zu sein bzw. sich der Substitutionsbehandlung sogar zu entziehen. Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (Prochaska & DiClemente, 1983, 1982) kann deshalb nicht auf den Behandlungsprozess von Methadonpatienten angewendet werden. Belding et al. (1995) konnten zudem aufzeigen, dass viele Methadonpatienten trotz Methadonsubstitution weiterfahren, illegale Drogen zu konsumieren, so dass bei vielen Patienten zusätzlich unklar ist, auf welche dieser Drogen sich die Veränderungsbereitschaft wie bezieht. Beispielsweise arbeitet ein Methadonpatient aktiv daran, seinen Heroinkonsum zu kontrollieren, während er erst vage darüber nachdenkt, ob er seinen Kokain- oder Benzodiazepine-Konsum beenden soll.

Rehabilitations-Orientierung:

Für die Behandlung von Methadonpatienten ist es klinisch sehr relevant zu wissen, dass auch das Substitutions-Verhalten unterschiedliche Bedeutungen haben kann. Denn auch ein

²⁵ erhoben mittels VSS-k-Action-Skala

Methadonablehner manifestiert sich durch ein Substitutions-Verhalten, nicht aber durch ein Rehabilitations-Verhalten. Verfolgt ein Methadonpatient das Behandlungsziel der totalen Abstinenz, genügt es aufgrund der Ergebnisse dieser Arbeit nicht, substitutions-orientiert zu sein. Aufgrund des vorliegenden fünf-dimensionalen Einstellungsmodells lassen sich Methadonpatienten im Rahmen ihrer Substitutionsbehandlung erst dann wirklich auf einen Rehabilitationsprozess ein, wenn sie rehabilitations-orientiert sind, also neben der hohen Methadon-Substitutions-Orientierung eine adäquat-hohe Methadondosierung, einen stabilen Methadondosis-Verlauf, tiefe Methadon-Abbau-Orientierung, tiefe Tiefdosis-Orientierung und tiefe Methadon-Substitutions-Angst aufweisen. Diese Einstellungskriterien erfüllt lediglich ein Teil der Gruppe der Methadonbenutzer.

7. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit sind die Einstellungen zum Methadon und zur Substitutionsbehandlung mit Methadon bei heroinabhängigen Patienten in Methadon-Substitutionsbehandlung und ihren behandelnden Ärzten und Therapeuten untersucht worden. Einerseits hat die Absicht bestanden, einen möglichen Grund für die von Rehm und Uchtenhagen (2001) berichtete Unterdosierung des Methadons in der Schweiz in den Einstellungen der Patienten zu suchen. Andererseits hat eine aktuelle Studie von Kayman et al. (2006) aufgezeigt, dass Patienten mit positiver Einstellung zum Methadon länger in der Substitutionsbehandlung verbleiben. Ein vergleichbarer Befund zum Zusammenhang der Abstinenzorientierung der Behandelnden und der geringeren Haltequote ihrer Patienten hat schon früher gezeigt werden können (Caplehorn et al., 1997; Caplehorn et al., 1996c, Caplehorn et al., 1996b, Caplehorn et al., 1996a). Die Resultate der vorwiegend qualitativen Studien (z. B. Hunt et al., 1986; Goldsmith et al., 1984; Atlas, 1982; Brown, Benn & Jansen, 1975; Brown, Jansen & Benn, 1975; Brown et al., 1974) und der wenigen quantitativen Studien (Kaymann et al. 2006; Stancliff et al., 2002; Gollnisch et al. 1997; Joe et al., 1991) zu den Patienteneinstellungen zum Methadon und zur Substitutionsbehandlung mit Methadon sind spezifisch für die Situation in den USA zu interpretieren und liefern nur eine dünne Basis für eine quantitativ ausgerichtete Erforschung dieser Einstellungen in der Deutschschweiz.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sind 125 Patienten in Methadon-Substitutionsbehandlung der Heroinabhängigkeit in der Stadt Zürich zu ihren Einstellungen zum Methadon und zur Methadon-Substitutionsbehandlung befragt worden. Die Stichprobe kann bezüglich Alter, Geschlecht und Behandlungseinrichtung als annähernd repräsentativ für die Grundgesamtheit der Patienten in Methadon-Substitutionsbehandlung im Kanton Zürich betrachtet werden. Die Einstellungs-Items des im Untersuchungsinstrument verwendeten self-report Fragebogens basieren auf einer Auswahl aus einem rund sechsmal grösseren Pool von Patienten-Aussagen zum Methadon und zur Methadon-Substitutionsbehandlung, der aufgrund von qualitativen Interviews an 30 Patienten in Methadonbehandlung generiert worden ist. Als Grundlage zur Item-Auswahl ist ein a-priori Modell der Patienteneinstellungen formuliert worden, in welchem Annahmen über typische Patientengruppen und zugrundeliegende Einstellungsdimensionen getroffen worden sind. Die Items sind aufgrund ihrer Repräsentativität zum a-priori Einstellungsmodell und ihrer Nähe zur Alltagssprache der zu befragenden Population ausgewählt worden. Die Patienten haben auch Items zur allgemeinen Selbstwirksamkeits-

überzeugung (Jerusalem & Schwarzer, 1986a) und zur Veränderungsbereitschaft im Rahmen des Transtheoretischen Modells (VSS-k; Fecht et al., 1998) ausgefüllt und Interview-Fragen zu weiteren Merkmalen beantwortet (Soziodemographische Merkmale, Daten zur aktuellen Methadon-Substitutionsbehandlung und anamnestiche Angaben). Zudem sind im Rahmen dieser Arbeit 34 behandelnde Ärzte und Therapeuten dieser Patienten anhand eines Fragebogens mit vergleichbaren Einstellungs-Items befragt worden.

Auf deskriptiver Ebene zeigen die Einstellungen der Patienten die bereits bekannte Diskrepanz, dass einerseits rund zwei Drittel der Patienten die Methadon-Substitutionsbehandlung grundsätzlich positiv bewerten, trotzdem aber rund 60% der Patienten ihre Methadondosis kurz- oder langfristig reduzieren wollen (vgl. Stancliff et al., 2002). Anhand einer Hauptachsen-Faktorenanalyse mit anschliessender schiefwinkliger Rotation haben fünf korrelierte Primärfaktoren und durch eine weitere Faktorenanalyse dieser Primärfaktoren zwei voneinander unabhängige Sekundärfaktoren als typische Patienteneinstellungen identifiziert werden können. Aus dem Bereich des Sekundärfaktors Methadon-Entzugs-Orientierung sind dies die Primärfaktoren Methadon-Abbau-Orientierung, Methadon-Tiefdosis-Orientierung und Methadon-Substitutions-Angst. Aus dem Bereich des Sekundärfaktors Rehabilitation-mit-Methadon-Orientierung sind dies die Primärfaktoren Methadon-Substitutions-Orientierung und Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung. Dieses hierarchische Faktorenmodell der Patienteneinstellungen zeigt befriedigende bis sehr gute Werte für die Reliabilität (Cronbach's α zwischen 0.70 und 0.85) und eine genügende Generalisierbarkeit.

Die Primärfaktoren Methadon-Abbau-Orientierung und Methadon-Tiefdosis-Orientierung sind negativ mit der Höhe der Methadondosis zum Befragungszeitpunkt korreliert ($\rho = -.37$ und $\rho = -.36$). Die Methadon-Abbau-Orientierung steht in Zusammenhang mit einer wesentlichen Reduktion der Methadondosis in den letzten sechs Monaten vor dem Befragungszeitpunkt ($\rho = .32$). Die Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung ist mittelstark mit dem von den Patienten berichteten Heroinkonsum in den letzten 30 Tagen vor der Behandlung korreliert ($\rho = 0.40$). Die Methadon-Abbau-Orientierung, die Methadon-Tiefdosis-Orientierung und die Methadon-Substitutions-Orientierung sind alle gleich hoch mit der VSS-Action-Skala korreliert (zwischen $r = 0.28$ und $r = 0.33$), was eindrücklich belegt, dass im Rahmen der Methadon-Substitutionsbehandlung sowohl die Orientierung auf den Abbau der

Methadondosis, als auch die Orientierung auf eine möglichst stabile Substitution bei adäquater Dosis mit der Bereitschaft zu aktiver Veränderung in Zusammenhang stehen kann.

Die typischen Patientengruppen sind anhand der Kombination zweier clusteranalytischer Verfahren („Ward- und k-means-clustering“) identifiziert worden. Es haben drei verschiedene Gruppen von Patienten aufgrund ihrer Einstellung zur Methadon-Substitutionsbehandlung unterschieden werden können: Methadonablehner, Methadonbenutzer und Methadonintegrierer. Die Generalisierbarkeit dieser drei typischen Patientengruppen kann aufgrund einer Kreuzvalidierung als befriedigend beurteilt werden. Anhand der Werte der fünf Primärfaktoren lässt sich die Zugehörigkeit zu den typischen Patientengruppen praktisch gleich gut vorhersagen, wie mit den Werten aller 61 Einstellungs-Items (cohen's $\kappa=0.91$), was einerseits die gute Übereinstimmung der Resultate der Faktorenanalyse und der Clusteranalyse belegt und andererseits die gute Reliabilität des hierarchischen Faktorenmodells bestätigt.

Die *Methadonablehner* zeigen sehr hohe Werte bezüglich Methadon-Abbau-Orientierung und Methadon-Tiefdosis-Orientierung und tiefe Werte bezüglich Methadon-Substitutions-Orientierung. Für diese Patienten kommt eine langfristige Methadonsubstitution nicht in Frage, obwohl dies, aufgrund des, im Vergleich zu den anderen Patienten, erhöhten Heroinkonsums ($\chi^2=9.61$; $df=2$; $p<0.01$), angezeigt wäre. Die *Methadonbenutzer* haben im Vergleich zu allen anderen Patienten höhere Werte bezüglich Methadon-Substitutions-Orientierung. Diese Patienten sehen in der Methadon-Substitutionsbehandlung eine Chance zur Rehabilitation von der Heroinabhängigkeit, befinden sich aber teilweise in einem Dilemma, da sie immer noch mittlere Werte bezüglich Methadon-Abbau und Methadon-Tiefdosis-Orientierung und relativ hohe Werte bezüglich Methadon-Substitutions-Angst haben. Die *Methadonintegrierer* haben sehr tiefe Werte bezüglich Methadon-Abbau-Orientierung, Methadon-Tiefdosis-Orientierung und Methadon-Substitutions-Angst und mittlere Werte bezüglich Methadon-Substitutions-Orientierung. Diese Patienten haben das Methadon in ihr Leben eingebettet und sich auf eine Dauersubstitutionsbehandlung eingestellt.

Der Vergleich mit den Einstellungen der Behandelnden hat gezeigt, dass die Patienten in Bezug auf das Methadon im Mittel deutlich entzugs-orientierter sind, als ihre behandelnden Ärzte oder Therapeuten. Die Behandelnden haben eine höhere Toleranz bezüglich der

Flexibilisierung des Heroinkonsums ihrer Patienten durch das Methadon, als die Patienten selber angegeben, den Heroinkonsum flexibilisieren zu wollen. Patienten und Behandelnde unterscheiden sich hingegen nicht bezüglich der Methadon-Substitutions-Orientierung.

Zur Förderung von stabilen Behandlungsverläufen sollte deshalb die Diskrepanz zwischen Patienten und Behandelnden bezüglich der Methadon-Entzug-Orientierung im Verlauf der Methadon-Substitutionsbehandlung je nach Einstellungs-Profil des Patienten speziell beachtet werden. Ein diesbezügliches Instrument zur Erfassung der typischen Patienteneinstellungen zur Methadon-Substitutionsbehandlung befindet sich in Vorbereitung.

8. Literaturverzeichnis

Abellanas, L. & McLellan, A.T. (1993). „Stages of Change“ by drug problem in concurrent opioid, cocaine and cigarette users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 25, 307-313.

Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. & Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.

Agar, M. (1977). Going through the changes: Methadone in New York City. *Hum. Organ.* 36(3), 291-295.

Ajzen, I. & Madden, T.J. (1986). Prediction of goal directed behavior: attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-74.

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behaviour*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Arbeitskreis OPD (Hrsg) (2001). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Grundlagen und Manual*. 3., aktualisierte und korrigierte Aufl. Bern: Huber.

Aronson, E., Wilson, T.D. & Akert, R.M. (2004). *Sozialpsychologie*, München: Pearson, 4., aktualisierte Aufl.

Atlas, B. (1982). Attitudes of staff and clients in a methadone maintenance program. *Int J Addict.*, 17 (4), 597-707.

Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2006). *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung* (11. Auflage). Berlin: Springer.

Ball, J.C. & Ross, A. (1991). *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*. New York: Springer.

Bandura, A. (1995). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

Bandura, A. (1992a). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. In R. Schwarzer (ed.): *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 3-38). Washington, DC: Hemisphere.

Bandura, A. (1992b). Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. In R. Schwarzer (ed.): *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 355-394). Washington, D.C.: Hemisphere.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward an unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bandura, A. (1976). *Lernen am Modell*. Stuttgart

Banys, P., Tusel, D.J., Sees, K.L., Reilly, P.M. & Delucchi, K.L. (1994). Low (40 mg) versus high (80 mg) dose methadone in a 180-day heroin detoxification program. *Journal of Subst Abuse Treat*, 11(3), 225-32.

Barthes, R. (1964). *Mythen des Alltags*, Frankfurt/M., Suhrkamp.

Belding, M. A., Iguchi, M. Y. & Lamb, R. J. (1997). Stages and process of change as predictors of drug use among methadone maintenance patients. *Exp Clin Psychopharmacol.*, 5 (1), 65-73.

Belding, M.A., Iguchi, M.Y., Lamb, R.J., Lakin, M. & Terry, R. (1995). Stages and processes of change among polydrug users in methadone maintenance treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 39, 45-53.

Bell, J. (2000). Quality Improvement for Methadone Maintenance Treatment. *Substance Use & Misuse*, 35 (12-14), 1735-1756.

Bell, J., Chan, J. & Kuk, A. (1995). Investigating the influence of treatment philosophy on outcome of methadone maintenance. *Addiction*. 90(6), 823-30.

Berg, S. (1981). Optimalität bei Cluster-Analysen. Experimente zur Bewertung numerischer Klassifikationsverfahren. Dissertation, Münster.

Beschner, G.M. & Walters, J.M. (1985). Just another habit? The heroin users' perspective on treatment. In B. Hanson, G.M. Beschner & J.M. Walters (eds.): *Life with heroin: Voices from the Inner City* (pp. 155-73).

Bierbrauer, G. (1996). *Sozialpsychologie*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, Bd. 15.

Biernacki, P. (1986). *Pathways from heroin addiction: Recovery without treatment*. Philadelphia: Temple University Press.

Binkert, M., Heeb, A., Kostka, R., Müller, S. & Suter, D. (2006). *Monitoringbericht Drogen und Sucht 2006: Arbeitsgrundlage für die Lagebeurteilung der Stadträtlichen Delegation für Drogen- und Suchtpolitik vom 22. Mai 2006*. Stadt Zürich.

Bischof, N. (1998). *Das Kraftfeld der Mythen: Signale aus der Zeit, in der wir die Welt erschaffen haben*. München: Piper.

Blansfield, H.N. (1996). Inadequate treatment of opioid dependence due to society's attitudes and beliefs. *Conn Med.*, 60 (7), 423-428.

Blumenberg, H. (1979). *Arbeit am Mythos*. Suhrkamp.

Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. (5., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage). Berlin: Springer.

Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler*. (2. Auflage). Berlin: Springer.

- Bouchard, T.J. (1976). Field Research Methods: Interviewing, Questionnaires, Participant Observation, Systematic Observation, Unobtrusive Measures. In M.D. Dunette (ed.): *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Chicago: Rand McNally.
- Bower, R.T. (1973). Information and attitudes about drugs in Washington, D.C.: *Bureau of Social Science Research Report 457*.
- Brown, B.S., Benn, G.J. & Jansen D.R. (1975). Methadone maintenance: some client opinions. *American Journal of Psychiatry*, 132(6), 623-6.
- Brown, B.S., Jansen, D.R. & Bass, U.F. (1974). Staff attitudes and conflict regarding the use of methadone in the treatment of heroin addiction. *American Journal of Psychiatry*, 131 (2), 215-19.
- Brown, B.S., Jansen, D.R. & Benn, G.J. (1975). Changes in attitude toward methadone. *Arch Gen Psychiatry*, 32(2), 214-8.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2007).
http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00632/03383/index.html?lang=de&webgrab_path=http://www.nasuko.ch/nms/db/nstatistik_results.cfm.
- Bunton, R., Baldwin, S., Flynn, D. & Whitelaw, S. (2000). The „stages of change“ model in health promotion: Science and Ideology. *Critical Public Health*, 10, 55-70.
- Caplehorn, J.R.M. (1994). A comparison of abstinence-oriented and indefinite methadone maintenance treatment. *Int. Journal of Addict.* 29, 1361-1375.
- Caplehorn, J.R.M., Dalton, M.S.Y.N., Haldar, F., Nisbet, J.G. & Petrenas, A. (1996a). Methadone maintenance and addicts' risk of fatal heroin overdose. *Substance Use and Misuse*, 31, 177-196.
- Caplehorn, J.R.M., Hartel, D.M. & Irwig, L. (1997). Measuring and comparing the attitudes and beliefs of staff working in New York methadone maintenance clinics. *Substance Use & Misuse*, 32 (4), 399-413.
- Caplehorn, J.R.M., Irwig, L. & Saunders, J.B. (1996b). Attitudes and Beliefs of Staff Working in Methadone Maintenance Clinics. *Substance Use & Misuse*, 31(4), S. 437-452.
- Caplehorn, J.R.M., Irwig, L. & Saunders, J.B. (1996c). Physicians' Attitudes and Retention of Patients in their Methadone Maintenance Programs. *Substance Use & Misuse*, 31(6), S. 663-677.
- Caplehorn, J.R.M., Lumley, T.S. & Irwig, L. (1998). Staff attitudes and retention of patients in methadone maintenance programs. *Drug and Alcohol Dependence*, 52, 57-61.
- Caplehorn, J.R.M., McNeil, D.R. & Kleinbaum, D.G. (1993). Clinic policy and retention in methadone maintenance. *Int. Journal of Addict.*, 30, 685-689.
- Cattell, R.B. (1966). The scree test for the numbers of factors. *Multivariate behav. Res.* 1, 245-276.

- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- Cox, W.M. (1985). Personality correlates of substance abuse. In M. Galizio & S.A. Maisto (eds.): *Determinants of substance abuse: Biological, psychological, and environmental factors* (pp. 209-246). New York: Plenum Press.
- D'Aunno, T., Folz-Murphy, N. & Lin, X. (1999). Changes in methadone treatment practices: Results from a panel study, 1988-1995. *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 25(4), 681-99.
- Davison, G.C. & Neale, J.M. (2007). *Klinische Psychologie: Ein Lehrbuch*. 7., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl. Weinheim: Beltz.
- De Jong-Meyer, R. & Engberding, M. (1996). Anwendung motivations- und volitionspsychologischer Konzepte auf Erklärung und Behandlung von Depressionen. In H.S. Reinecker & D. Schmelzer (Hrsg.): *Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement* (S. 283-306). Göttingen: Hogrefe.
- DeVries, H., Dijkstra, M. & Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: The third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Education Research*, 3(3), 273-282.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S., Velicer, W.F., Velasquez, M.M. & Rossi, J.S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.
- Dolan, M.P., Black, J.L., Penk, W.E., Robinowitz, R. & Deford, H.A. (1986). Predicting the outcome of contingency contracting for drug abuse. *Behavior Therapy*, 17, 470-474.
- Dole, V.P. & Nyswander, M.E. (1967). Heroin addiction - a metabolic disease. *Arch. Intern. Med.*, 120(1), 19-24.
- Dürsteler-MacFarland, K.M., Herot Cereghetti K., & Wiesbeck G.A (2005). Neurocognitive impairment: An underdiagnosed comorbid entity in the treatment of substance use disorders? In: R. Stohler & W. Rössler (Eds): *Dual Diagnosis – the evolving conceptual framework*. Basel: Karger, 115-36.
- Edwards, A.L. (1970). *The Measurement of Personality Traits by Scales and Inventories*. New York: Holt, Rinehardt and Winston.
- Eagly, A.H. & Chaiken, S. (1984) Cognitive theories of persuasion. In L. Berkowitz (ed.): *Advances in Experimental Social Psychology* (vol. 17), Orlando, Fla.: Academic Press.
- Espejo, R., Hogben, G. & Stimmel, B. (1973). Sexual performance of men on methadone maintenance. *Proc Natl Conf Methadone Treat*, 1, 490-3.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Versino, E. & Lemma P. (2003). Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev.*, (3): CD002208.

Farkas, A., Pierce, J.P., Gilpin, E.A., Shu-Hong, Z., Rosbrook, B., Berry C. & Kaplan, R.M. (1996). Is stage of change a useful measure of the likelihood of smoking cessation? *Annals of Behavioral Medicine*, 18, 79-86.

Fazio, R.H. (2000). Accessible attitudes as tools for object appraisal: Their costs and benefits. In G. Maio & J. Olson (eds.): *Why we evaluate: Functions of attitudes* (pp. 1-36). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Fazio, R.H., Chen, J., McDonel, E.C. & Sherman, S.J. (1982). Attitude accessibility, attitude-behavior consistency, and the strength of the object-evaluation association. *Journal of Experimental Social Psychology*, 18, 339-57.

Fecht, J., Heidenreich, T., Hoyer, J., Lauterbach, W. & Schneider, R. (1998). Veränderungsstadien bei stationärer Alkoholentwöhnungsbehandlung – Probleme der Diagnostik. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 30, 403-419.

Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford: Stanford University Press.

Fischer, B., Chin, A.T., Kuo, I., Kirst, M. & Vlahov, D. (2002). Canadian Illicit Opiate Users' Views on Methadone and other Opiate Prescription Treatment: An Exploratory Qualitative Study. *Substance Use & Misuse*, 37 (4), 495-522.

Fischhoff, B. (1976). Attribution theory and judgment under uncertainty. In: J.H. Harvey, W.J. Ickes & R.F. Kidd (eds.): *New Directions in Attribution Research*. Vol. 1 Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Fishbein, M. (1967). A behavior theory approach to the relations between beliefs about an object and the attitude toward the object. In M. Fishbein (ed.): *Readings in Attitude Theory and Measurement*, New York: Wiley.

Fishbein, M. (1963). An investigation of the relationships between beliefs about an object and the attitudes toward that object. *Human Relations*, 16, 233-40.

Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An introduction to theory and research*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.

Fonagy, M., Target, L. & Allison L. (2003). Gedächtnis und therapeutische Wirkung. *Psyche* 57, 841-856.

Forman, R.F., Bovasso, G. & Woody, G. (2001). Staff beliefs about addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 1-9.

Freud, A. (1936, 1946). Das Ich und die Abwehrmechanismen. *Imago, London*..

Frey, D. (1986). Recent research on selective exposure to information. In L. Berkowitz (ed.): *Advances in Experimental Social Psychology* (vol. 19), Orlando, Fla.: Academic Press.

Gerlach, R. & Caplehorn, J.R.M. (1999). Attitudes and beliefs of doctors prescribing methadone to addicts in the Westfalen-Lippe region of Germany. *Drug and Alcohol Review*, 18 (2), 163-170.

- Gersick, K.E., Grady, K. & Snow, D.L. (1988). Social-cognitive skill development with sixth graders and its initial impact on substance use. *Journal of Drug Educ.*, 18(1), 55-70.
- Gerstein, D.R. & Harwood, H.J. 1990. *Treating Drug Problems. Volume 1*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of a Spoiled Identity*. Englewood Cliffs: New Jersey: Prentice Hall.
- Goldsmith, D.S., Hunt, D.E., Lipton, D.S. & Strug, D.L. (1984). Methadone folklore: Beliefs about side effects and their impact on treatment. *Human Organization*, 43, 330-340.
- Goldstein, A. & Judson, B.A. (1973). Proceedings: Efficacy and side effects of three widely different methadone doses. *Proc Natl Conf Methadone Treat*, 1, 21-44.
- Gollnisch, G. (1997). Multiple predictors of illicit drug use in methadone maintenance clients. *Addict Behav*, 22(3), 353-66.
- Gollwitzer, P.M. & Malzacher, J.T. (1996): Absichten und Vorsätze. In J. Kuhl & H. Heckhausen (Hrsg.): *Motivation, Volition und Handlung. Enzyklopädie der Psychologie, Band 4*, 427-468. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.
- Grant, S., Contoreggi, C. & London, E.D. (2000). Drug abusers show impaired performance in a laboratory test of decision making. *Neuropsychologia*, 38: 1180-1187.
- Greve, W. & Wentura, D. (1997). *Wissenschaftliche Beobachtung: Eine Einführung*. Weinheim: PVU/Beltz.
- Grimley, D.M., Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Blais, L.M. & DiClemente, C.C. (1994). The transtheoretical model of change. In T.M. Brinthaup & R.P. Lipka (eds.): *Changing the self: Philosophies, techniques and experiences*. SUNY series, studying the self (pp. 201-227). Albany: State University of New York Press.
- Grünbaum, A. (1988). *Die Grundlagen der Psychoanalyse. Eine philosophische Kritik*. Philipp Reclam jun. GmbH & Co., Stuttgart.
- Guadagnoli, E. & Velicer, W.F. (1988). Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychol. Bull.*, 103, 265-275.
- Hagman, G. (1997). Stages of Change in Methadone Maintenance. *Journal of Maintenance Addict*, 1 (1), 75-91.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. Jr., Gillmore, M.R. & Wells, E.A. (1989). Skills training for drug abusers: generalization, maintenance, and effects on drug use. *Journal of Consult Clin Psychol*, 57(4), 559-63.
- Heckhausen, H. (1989). *Motivation und Handeln*. Berlin, Heidelberg, New York.
- Heckhausen, H. (1987a). Wünschen, Wählen, Wollen. In: H. Heckhausen, P.M. Gollwitzer & F.E. Weinert (Hrsg.): *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften*, S. 143-175. Berlin, Heidelberg, New York.

Heckhausen, H. (1987b). Perspektiven einer Psychologie des Wollens. In: H. Heckhausen, P.M. Gollwitzer & F.E. Weinert (Hrsg.): *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften*, S. 143-175. Berlin, Heidelberg, New York.

Heidenreich, T., Hoyer, J. & Fecht, J. (2001). Veränderungsstadien-Skala (VSS). In A. Glöckner-Rist, F. Rist & H. Küfner (Hrsg.): *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)*. Version 1.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.

Heigl-Evers, A., Helas, I., Vollmer, H.C. & Büchner, U. (2002). *Therapien bei Sucht und Abhängigkeiten. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Hewstone, M. & Antaki, C. (1992). Einstellungen II: Strategien der Einstellungsänderung. In W. Stroebe, M. Hewstone, J.P. Codol & G.M. Stephenson (Hrsg.): *Sozialpsychologie: Eine Einführung*. Berlin: Springer, 1992. 2., korrigierte Aufl.

Hoffman, J.A. & Moolchan, E.T. (1994). The Phases-of-Treatment Model for Methadone Maintenance: Implementation and Evaluation. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26 (2), 181-197.

Horkheimer, M. & Adorno, T.W. (1997). *Dialektik der Aufklärung*. Frankfurt, Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag, 1997

Horn, D. (1976). A model for the study of personal choice health behavior. *International Journal of Health Education*, 19, 89-98.

Horwarth, C.C. (1999). Applying the transtheoretical model to eating behaviour change: Challenges and opportunities. *Nutrition Research Reviews*, 12, 281-317.

Hunt, D.E., Lipton, D.S., Goldsmith, D.S., Strug, D.L. & Spunt, B. (1986). It takes your heart: The image of methadone maintenance in the addict world and its effects on recruitment into treatment. *International Journal of the Addictions*, 20 (11&12), 1751-1771.

Jerusalem, M. (1990a). *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Stresserleben*. Göttingen: Hogrefe.

Jerusalem, M. (1990b). Temporal patterns of stress appraisals for high- and low-anxious individuals. *Anxiety Research. An International Journal*, 3, 113-129.

Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1986a). Selbstaufmerksamkeit (SAM). In R. Schwarzer (Hrsg.): *Skalen zur Befindlichkeit und Persönlichkeit* (S. 3-14). Berlin: Institut für Psychologie, Freie Universität Berlin.

Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1986b). Hilflosigkeit. In R. Schwarzer (Hrsg.): *Skalen zur Befindlichkeit und Persönlichkeit* (S. 29-42). Berlin: Institut für Psychologie, Freie Universität Berlin.

- Joe, G.W., Simpson, D.D., Dansereau, D.F. & Rowan-Szal, G.A. (2001). Relationships between counseling rapport and drug abuse treatment outcomes. *Psychiatr Serv.*, 52(9), 1223-1229.
- Joe, G.W., Simpson, D.D. & Hubbard R.L (1991). Treatment predictors of tenure in methadone maintenance. *Journal of Subst Abuse*, 3(1), 73-84.
- Kaiser, H.F. & Rice, J. (1974). Littel Jiffy, Mark IV. *Educational and Psychological Measurement*, 34, 111-117.
- Kang, S.Y., Magura, S., Nwakeze, P. & Demsky, S. (1997). Counselor Attitudes in Methadone Maintenance. *Journal of Maintenance in the Addictions*, 1(2), 41-58.
- Katz, D. (1967). The functional approach to the study of attitude. In M. Fishbein (ed.): *Readings in Attitude Theory and Measurement*, New York: Wiley.
- Kayman, D.J., Goldstein, M.F., Deren, S. & Rosenblum, A. (2006). Predicting treatment retention with a brief "Opinions About Methadone". *Scale. Journal of Psychoactive Drugs*, 38(1): 93-100.
- Keller, S., Kaluza, G. & Basler, H.-D. (2001). Motivierung zur Verhaltensänderung. *Psychomed*, 13, 101-111.
- Khantzian, E.J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry*, 4(5), 231-44. Review.
- Koester, S., Anderson, K. & Hoffer, L. (1999). Active Heroin Injectors' Perceptions and Use of Methadone Maintenance Treatment: Cynical Performance or Self-Prescribed Risk Reduction? *Substance Use & Misuse*, 34 (14), 2135-2153.
- Kohut, H. (2002). Narzissmus: Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen (übersetzt v. Lutz Rosenkötter). *Frankfurt a. M.: Suhrkamp*, 12. Auflage.
- Kohut, H. & Wolf, E.S. (1989). Selbstpsychologie: Weiterentwicklungen nach Heinz Kohut. *München: Internationale Psychoanalyse*.
- Kok, G., Den Boer, D., DeVries, H., Gerards, F., Hospers, H.J. & Mudde, A.N. (1992). Self-efficacy and attribution theory in health education. In R. Schwarzer (ed.): *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 245-262). Washington, DC: Hemisphere.
- Kreek, M.J. (1983). Health consequences associated with the use of methadone. In: J.R. Cooper (ed.): *Research on the Treatment of Narcotic Addiction: State of the Art*. Rockville, Maryland: National Institute of Drug Abuse.
- Kreek, M.J. (1979). Methadone in Treatment: Physiological and Pharmacological Issues. In R.I. Dupont, A. Goldstein & J. O'Donnell (eds.): *Handbook on Drug Abuse*. (pp 57-86). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Kreek, M.J. (1978). Medical complications in methadone patients. *Annals of the New York Academy of Science*, 311: 111-113.

Kreek, M.J. & Vocci, F.J. (2002). History and current status of opioid maintenance treatments: blending conference session. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 95-105.

Krystal, H. (1982). Adolescence and tendencies to develop substance dependence. *Psychoanal Inquiry* 2, 581-617.

Krystal, H. (1975). The genetic development of affects and affect regression. *Annu Psychoana.* 2, 98-126; 3, 179-219.

Laplanche, J. & Pontalis J.-B. (2002). Das Vokabular der Psychoanalyse. *Frankfurt a.M.: Suhrkamp*, 16. Auflage.

Leavitt, S.B., Shinderman, M., Maxwell, S., Eap, C.B. & Paris, P. (2000). When "enough" is not enough: new perspectives on optimal methadone maintenance dose. *Mt Sinai Journal of Med.*, 67(5-6), 404-11.

Lipton, D.S. & Goldsmith, D.S. (1990). *Pathways into Treatment: Street Sample of Heroin Injectors*. New York: Narcotic and Drug Research, Inc.

MacQueen, J. (1967). Some methods for classification and analysis of multivariate observation. In L.M. Lecam & Neyman (Hrsg.): *Proceedings of the fifth Berkeley symposium on mathematical statistics and probability* (Bd. 1, S. 281-297). Berkeley: University of California Press.

Madden, G.J., Petry, N.M., Badger, G.J. & Bickel, W.K. (1997): Impulsive and self-control choices in opioid-dependent patients and non-drug-using control participants: Drug and monetary rewards. *Exp Clin Psychopharmacol*; 5, 256-262.

Magura, S. & Rosenblum, A. (2001). Leaving methadone treatment: lessons learned, lessons forgotten, lessons ignored. *Mt Sinai Journal of Med.*, 68(1), 62-74.

Magura, S., Siddiqi, Q., Freeman, R.C. & Lipton, D.S. (1991). Changes in cocaine use after entry to methadone treatment. *Journal of Addict Dis.*, 10(4), 31-45.

Manstead, A.S.R. & Semin, G.R. (1992). Methoden der Sozialpsychologie: Von der Vorstellung zur Handlung. In W. Stroebe, M. Hewstone, J.P. Codol & G. M. Stephenson (Hrsg.): *Sozialpsychologie: Eine Einführung*. Berlin: Springer, 1992. 2., korrigierte Aufl.

Marlatt, G.A. (1985). Coping and substance abuse: Implications for research, prevention, and treatment. In S. Shiffman & T.A. Wills (eds.): *Coping and substance abuse* (pp. 367-386). New York: Academic Press.

Marsch, L.A. (1998). The Efficacy of Methadone Maintenance Interventions in Reducing Illicit Opiate Use, HIV Risk Behavior and Criminality: A Meta-Analysis. *Addiction*, 93 (4), 515-532.

Maurischat, C. (2001). Erfassung der "Stages of Change" im Transtheoretischen Modell Prochaska's – eine Bestandsaufnahme. Forschungsbericht Nr. 154, Psychologisches Institut, ALU-Freiburg, Freiburg im Breisgau.

- Maxwell, S. & Shinderman, M.S. (2002). Optimizing long-term response to methadone maintenance treatment: a 152-week follow-up using higher-dose methadone. *Journal of Addict Dis.*, 21(3), 1-12.
- McGuire, W.J. (1985) Attitudes and attitude change. In G. Lindzey & E. Aronson (eds.): *Handbook of Social Psychology* (vol. 2), 3rd edn, New York: Random House.
- McLellan, A.T. (1983). Patient characteristics associated with outcome. In J.R. Cooper, F. Altman, B.S. Brown & D. Czechowicz (eds.): *Research on the treatment of narcotic addiction: State of the art* (DHHS Publication No. ADM 83-1281). Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- McLellan, A.T., Arndt, I.O., Metzger, D.S., Woody, G.E. & O'Brien, C.P. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA*, 269(15), 1953-9.
- McLellan, A.T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H. & Argeriou, M. (1992). The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.
- Metzger, D.S., Woody, G.E. & McLellan, A.T. (1993). Human Immunodeficiency Virus seroconversion among intravenous drug users in- and out-of-treatment: An 18-month prospective follow-up. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 6, 1049-1056.
- Milby, J.B. (1988). Methadone maintenance to abstinence. How many make it? *Journal of Nerv Ment Dis.*, 176(7), 409-22. Review.
- Milby, J.B., Hohmann, A.A., Gentile, M., Huggins, N., Sims, M.K., McLellan, A.T., Woody, G. & Haas, N. (1994). Methadone maintenance outcome as a function of detoxification phobia. *American Journal of Psychiatry*, 151 (7), 1031-7.
- Mintzer, M.Z. & Stitzer, M.L. (2002): Cognitive impairment in methadone maintenance patients. *Drug Alcohol Depend*, 67, 41-51.
- Moolchan, E.T. & Hoffmann, J.A. (1994). Phases of Treatment: A Practical Approach to Methadone Maintenance Treatment. *Int Journal of Addict*, 29 (2), 135-160.
- Morgenthaler, F. (2004). *Homosexualität, Heterosexualität, Perversion*. Campus Verlag, Frankfurt am Main, unveränderte Neuauflage der Ausgabe von 1994.
- Müller-Pozzi, H. (2002). *Psychoanalytisches Denken: Eine Einführung*. Bern: Huber, 3., erw. Aufl.
- Murphy, S. & Irwin, J. (1992): "Living with the dirty secret": problems of disclosure for methadone maintenance clients. *Journal of Psychoactive Drugs*, 24 (3), 257-64.
- Newman, R.G. (2003). Studying methadone's appropriateness: enough already! *Soz Präventivmed*, 48 Suppl 1, 23-24.
- Nordt, C., Burri, P., Stohler, R. & Rössler, W. (2004a). *Gründe für die Beendigung von Methadonbehandlungen*. Resultate aus der Begleitevaluation der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich, Nr. 11.

- Nordt, C., Burri, P., Stohler, R. & Rössler, W. (2004b). Behandlungsunterbrüche mindern die Effektivität von Methadonbehandlungen. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 6, 128-129.
- Nordt, C. & Stohler, R. (2006). Incidence of heroin use in Zurich, Switzerland: a treatment case register analysis. *Lancet*. 2006 Jun 3; 367(9525):1830-4. Erratum in: *Lancet*. 2006 Jul 8; 368(9530): 118.
- Petry, N.M., Bickel, W.K. & Arnett, M. (1998): Shortened time horizons and insensitivity to future consequences in heroin addicts. *Addiction*, 93, 729-738.
- Petty, R.E. & Cacioppo, J.T. (1986a). *Communication and Persuasion: central and peripheral routes to attitude change*. New York: Springer.
- Petty, R.E. & Cacioppo, J.T. (1986b). The elaboration likelihood model of persuasion. In L. Berkowitz (ed.): *Advances in Experimental Social Psychology* (vol. 19), Orlando, Fla.: Academic Press.
- Petty, R.E. & Cacioppo, J.T. (1981). *Attitudes and Persuasion: classic and contemporary approaches*. Dubuque, Iowa: Wm C. Brown.
- Preble, E. & Casey, J.J. (1969). Taking care of business: the heroin user's life on the street. *International Journal of the Addictions*, 4, 1-24.
- Preble, E. & Miller, T. (1977). Methadone, wine and welfare. In R. Weppner (ed.): *Street Ethnography*. Beverly Hills, CA: Sage Publications, 229-248.
- Prochaska, J.O. (2000). Change at different stages. In C.R. Snyder & R.E. Ingram (eds.): *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes & practices for the 21st century* (pp. 109-127). New York: Jon Wiley & Sons.
- Prochaska, J.O. (1979). *Systems of Psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Homewood: The Dorsey Press.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1998). Comments, criteria and creating better models: In response to Davidson. In W.R. Miller & N. Heather (eds.): *Treating addictive behaviors* (pp. 39-45). New York: Plenum Press.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In M. Hersen, R.M. Eisler & P. Miller (eds.): *Progress on behavior modification* (pp. 184-214). Sycamore: Sycamore Press.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood: Dow Jones/Irwin.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and process of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consult Clin Psychol.*, 51 (3), 390-395.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 267-288.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviours. *American Psychologist*, 47 (9), 1102-1114.

Prochaska, J.O. & Prochaska, J.M. (1999). Why don't continents move? Why don't people change? *Journal of Psychotherapy Integration*, 9, 83-102.

Prochaska, J.O., Redding, C. & Evers, K. (1996). The transtheoretical model of behavior change. In K. Glanz, F.M. Lewis & B.K. Rimer (eds.): *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.

Prochaska, J.O. & Velicer, W.F. (1997). The Transtheoretical Model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.

Rehm, J. & Uchtenhagen, A. (2001). Metaanalyse schweizerischer Arbeiten zur Verwendung von Methadon als Substitutionsmittel bei der Behandlung von Opioidabhängigkeit. *Ergebnisbericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und der Projektgruppe „Nationale Substitutionskonferenz 2001“*.

Reinecker, H. (1994). Grundlagen verhaltenstherapeutischer Methoden. In Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hrsg.): *Verhaltenstherapie: Theorien und Methoden*. Steinbauer & Rau, München, 1994, 6. Aufl.

Rosenbaum, M. (1985). *Getting Off Methadone*. Final Report. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse.

Rosenbaum, M. (1982). *Surrender to Control: Women on Methadone*. Final Report. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse.

Rosenbaum, M. (1981). *Women on Heroin*. New Brunswick, New Jersey; Rutgers University Press.

Rosenbaum, M. & Murphy, S. (1989). Opiates. In: R.C. Engs (ed.): *Women: Alcohol and Other Drugs*. Washington, D.C.: Alcohol and Drug Problems Association.

Rosenbaum, M. & Murphy, S. (1987). Not the picture of health: women on methadone. *Journal of Psychoactive Drugs*, 19(2): 217-26.

Rosenbaum, M., Murphy, S., Irwin, J., McDonnell, D. & Watson, L (1990). *Money for Methadone: A Study of a County Policy Change*. Final Report. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse.

Rosenbaum, M., Washburn, A., Knight, K., Kelley, M. & Irwin, J. (1996). Treatment as harm reduction, defunding as harm maximization: The case of methadone maintenance. *Journal of Psychoactive Drugs*, 28 (3), 241-249.

Rosenberg, M.J. (1968). Hedonism, inauthenticity, and other goads toward expansion of a consistency theory. In R.P. Abelson, E. Aronson, W.J. McGuire, T.M. Newcomb, M.J. Rosenberg & P.H. Tannenbaum (eds.): *Theories of Cognitive Consistency: a sourcebook*, Chicago: Rand McNally.

Rosenberg, M.J. & Hovland, C.I. (1960). Cognitive, affective, and behavioral components of attitudes. In C.I. Hovland & M.J. Rosenberg (eds): *Attitude Organization and Change*, New Haven: Yale University Press.

Rosenblum, A., Magura, S. & Joseph, H. (1991). Ambivalence toward methadone treatment among intravenous drug users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 23 (1), 21-27.

Schafer, R. (1960). The loving and beloved superego in Freud's structural theory. *The Psychoanalytic Study of the Child*, (15), 163-188.

Scharfetter, C. (2002). *Allgemeine Psychopathologie: Eine Einführung*. Stuttgart: G. Thieme, 5., neubearb. Aufl.

Schlegel, R.P. & DiTecco, D. (1982) Attitudinal structures and the attitude-behavior relation. In M.P. Zanna, E.T. Higgins & C.P. Herman (eds): *Consistency in Social Behavior: The Ontario Symposium* (vol. 2), Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Schumacher, J.E., Milby, J.B., Fishman, B.E. & Huggins, N. (1992). Relation of detoxification fear to methadone maintenance outcome: 5-year follow-up. *Psychol of Addictive Behaviors*, 6, 41-46.

Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*, Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie, 3., überarb. Aufl.

Schwarzer, R. (1996). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*, Göttingen: Hogrefe Verlag, 2., überarb. Aufl.

Schwarzer, R. (1993). *Measurement of perceived self-efficacy: Psychometric scales for cross-cultural research*. Berlin: Freie Universität Berlin, Institut für Psychologie.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.) (1994). *Gesellschaftlicher Umbruch als kritisches Lebensereignis: Psychosoziale Krisenbewältigung von Übersiedlern und Ostdeutschen*. Weinheim/München: Juventa.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1981). Selbstwertgefühl in schulischen Bezugsgruppen. In W. Michaelis (Hrsg.): *Bericht über den 32. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Zürich 1980 (Bd. 2)*.

Seligman, M.E.P. (1979). *Erlernte Hilflosigkeit*. München: Urban & Schwarzenberg.

Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco, CA: Freedman.

Shedler, J. & Block, J., (1990). Adolescent drug use and psychological health. A longitudinal inquiry. *American Psychol*, 45(5), 612-30.

Smith, C.A. & Wallston, K.A. (1992). Adaptation in patients with chronic rheumatoid arthritis: Application of a general model. *Health Psychology*, 11, 151-162.

- Snyder, C.R., Harris, C., Anderson, J.R., Holleran, S.A., Irving, L.M., Sigmon, S.T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C. & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-585.
- Sorensen, J.L., Trier, M., Brummett, S., Gold, M.L. & Dumontet, R. (1992). Withdrawal from methadone maintenance. Impact of a tapering network support program. *Journal of Subst Abuse Treat*, 9(1), 21-6.
- Stahlberg, D. & Frey, D. (1992). Einstellungen I: Struktur, Messung und Funktionen. In W. Stroebe, M. Hewstone, J.P. Codol & G.M. Stephenson (Hrsg.): *Sozialpsychologie: Eine Einführung*. Berlin: Springer, 1992. 2., korrigierte Aufl.
- Stancliff, S., Myers, J.E., Steiner, S. & Drucker, E. (2002). Beliefs about Methadone in an Inner-City Methadone Clinic. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 79 (4), 571-578.
- Stephens, R.C. (1991). *The Street Addict Role*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Stohler, R. & Dürsteler-MacFarland, K. (2001). Methadon-Behandlungen von Heroinabhängigen: Nichts als enttäuschte Hoffnungen? *Abhängigkeiten (Heft 1)*.
- Strain, E.C., Bigelow, G.E., Liebson, I.A. & Stitzer, M.L. (1999). Moderate- vs High-Dose Methadone in the Treatment of Opioid Dependence. *Jama*, 281, 1000-1005.
- Strain, E.C., Stitzer, M.L., Liebson, I.A. & Bigelow, G.E. (1994). Outcome after methadone treatment: Influence of prior treatment factors and current treatment status. *Drug and Alcohol Dependence*, 35 (3), 223-30.
- Strain, E.C., Stitzer, M.L., Liebson, I.A. & Bigelow, G.E. (1993). Methadone dose and treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence*, 33(2), 105-17.
- Stroebe, W., Hewstone, M., Codol, J.P. & Stephenson, G.M. (Hrsg.). *Sozialpsychologie: Eine Einführung*. Berlin: Springer, 1992. 2., korrigierte Aufl.
- Stroebe, W. & Jonas, K. (1992). Einstellungen II: Strategien der Einstellungsänderung. In W. Stroebe, M. Hewstone, J.P. Codol & G.M. Stephenson (Hrsg.): *Sozialpsychologie: Eine Einführung*. Berlin: Springer, 1992. 2., korrigierte Aufl.
- Strug, D.L., Hunt, D.E., Goldsmith, D.S., Lipton, D.S. & Spunt, B. (1985). Patterns of cocaine use among methadone clients. *The International Journal of the Addictions*, 20(8), 1163-75.
- Sutker, P.B., Allain, A.N. & Moan, C.E. (1974). Addict attitudes toward methadone maintenance: A preliminary report. *The International Journal of the Addictions*, 9 (2), 337-43.
- Sutton, S. (2000). A critical review of the transtheoretical model applied to smoking cessation. In P. Normen, C. Abraham & M. Conner (eds.): *Understanding and changing health behavior: From health beliefs to selfregulation* (pp. 207-225). Reading: Harwood Academic Press.

- Sutton, S. (1996). Can "stages of change" provide guidance in the treatment of addictions? A critical examination of Prochaska and DiClemente's model. In G. Edwards & C. Dare (eds.): *Psychotherapy, psychological treatments and the addictions* (pp. 189-205). Cambridge: Press Syndicate of the University Cambridge.
- Sweeney, P.D., Anderson, K. & Bailey, S. (1986). Attributional style in depression: A meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 974-991.
- Vader, J.P., Haemmig, R., Besson, J., Eastus, C., Eggenberger, C. & Burnand, B. (2003). Appropriateness of methadone maintenance treatment for opiate addiction: evaluation by an expert panel. *Soz Präventivmed*, 48 Suppl 1, 1-14.
- Velicer, W.F., Prochaska, J.O., Fava, J.L., Rossi, J.S., Redding, C.A., Laforge, R.G. & Robbins, M.L. (2000). Using the transtheoretical model for population-based approaches to health promotion and disease prevention. *Homeostasis*, 40, 174-195.
- Wälder, R. (1951). The structure of paranoid ideas; a critical survey of various theories. *Int Journal of Psychoanal*, 32(3), 167-77.
- Ward, J., Hall, W. & Mattik, R.P. (1999). Role of maintenance treatment in opioid dependence. *Lancet*, 16, 221-226.
- Weiner, B. (1988). *Motivationspsychologie*. (2. Aufl.). München: Psychologie Verlags Union.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. Berlin: Springer.
- Weiner, B. (1980). A cognitive (attribution)-emotion-action model of motivated behavior: An analysis of judgements of help-giving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 186-200.
- Wills, T.A. & Shiffman, S. (1985). Coping and substance use: A conceptual framework. In S. Shiffman & T.A. Wills (eds.): *Coping and substance use* (pp. 3-24). New York: Academic Press.
- Winnicott, D.W. (1969): Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. Eine Studie über den ersten, nicht zum Selbst gehörenden Besitz. *Psyche* (23).
- Wurmser L. (2000). Psychodynamische Aspekte der Suchterkrankungen. In R. Thomasius (Hrsg.): *Psychotherapie der Suchterkrankungen: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulübergreifend*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Wurmser L. (1987a). Flight from conscience: experiences with the psychoanalytic treatment of compulsive drug abusers. Part One: Dynamic sequences underlying compulsive drug use. *Journal of Subst Abuse Treat*, 4(3-4), 157-68.
- Wurmser L. (1987b). *Flucht vor dem Gewissen: Analyse von Über-Ich und Abwehr bei schweren Neurosen*. Berlin; Heidelberg: Springer.
- Zule, W.A. & Desmond, D.P. (1998). Attitudes toward Methadone Maintenance: Implications for HIV Prevention. *Journal of Psychoactive Drugs*, 30 (1), 89-97.

Zweben, J.E. & Payte, J.T. (1990). Methadone maintenance in the treatment of opioid dependence. A current perspective. *West Journal of Med*, 152(5), 588-99.

Zwick, W.R. & Velicer, W.F. (1986). Comparisons of five rules of determining the number of components to retain. *Psychol. Bull.*, 99, 432-442.

ANHANG

Anhangsverzeichnis:

A1. Überblick Studiendesign

A2. Self-report Fragebogen für die Patienten

A3. Standardisiertes Patienten-Interview

A4. Self-report Fragebogen für die Behandelnden

A5: Einstellungs-Aussagen-Pool (aus den 30 Transkripten der qualitativen Voruntersuchung)

B1. Varimax-rotierte Komponentenmatrix der 4-Faktorenlösung der HKA im Rahmen der Zwischenauswertung nach n=104 Patienten:

C1. Stichprobenbeschreibung: Soziodemographische Variablen

C2. Stichprobenbeschreibung: Aktuelle Substitutionsbehandlung

C3. Stichprobenbeschreibung: Anamnestische Angaben

D1. Ausprägungen der 61 Einstellungs-Items des Patienten self-report Fragebogens

D2. Behandlungsziele der Patienten

E1. Initiale Eigenwerte der Hauptachsen-Faktorenanalyse (erste 28 Eigenwerte)

E2. Modellanpassungsgüte der verschiedenen Faktorenlösungen (Maximum Likelihood-Methode)

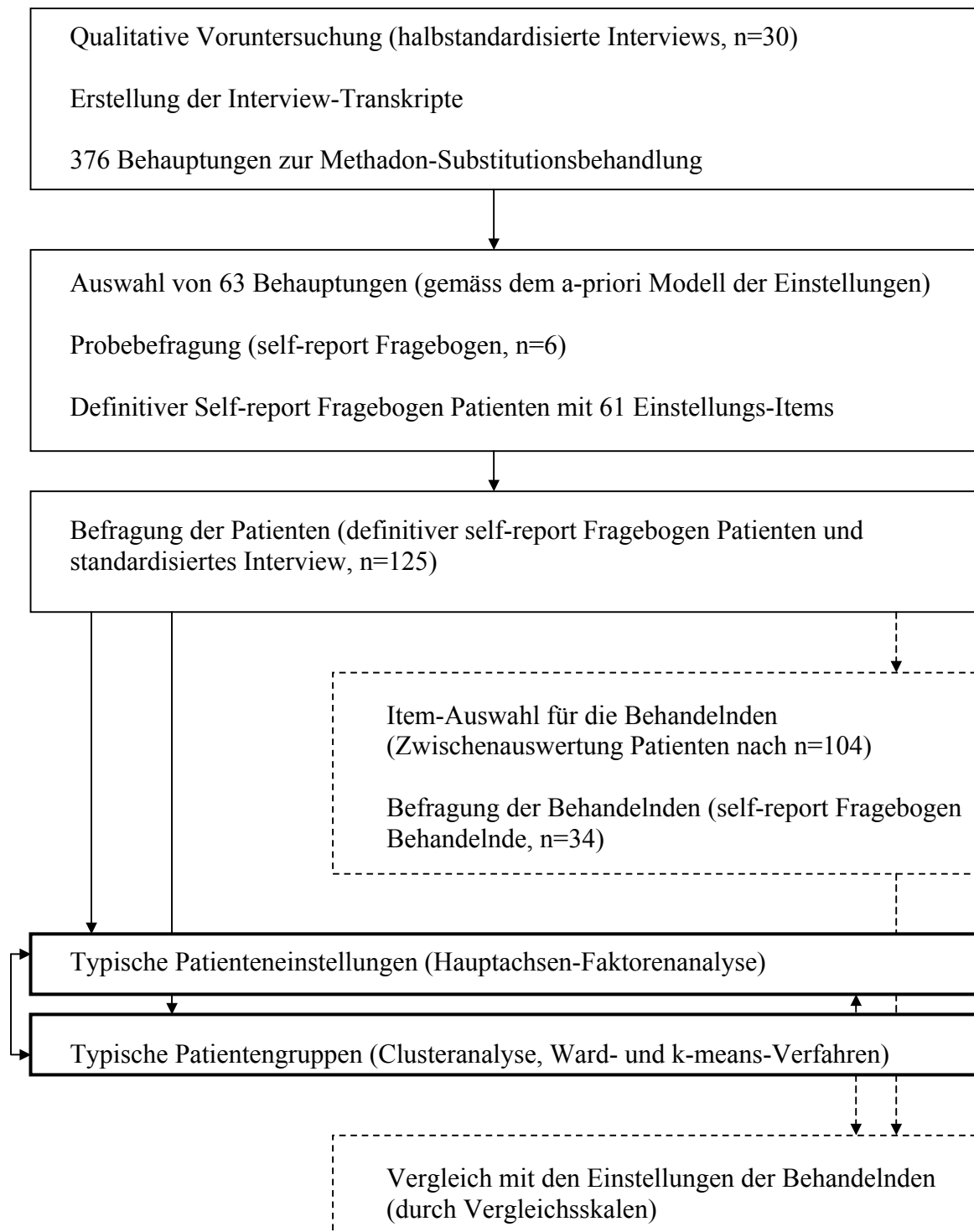
F1. Zuordnungsübersicht des Ward-Verfahrens (61 Einstellungs-Items mit n=108)

G1. Logistische Regression auf den Verlauf der Methadondosis (in den letzten sechs Monaten vor der Befragung)

H1. Tabellenverzeichnis

H2. Abbildungsverzeichnis

A1. Überblick Studiendesign



A2. Self-report Fragebogen für die Patienten

Im Folgenden finden Sie zunächst 61 Aussagen zum Methadon und zur Methadonbehandlung. Wir bitten Sie, diese Aussagen mit dem Grad Ihrer Zustimmung zu bewerten. Dazu haben Sie jeweils vier Antwortmöglichkeiten zur Auswahl. Sie können mit einem Kreuz jene Antwort auswählen, die Ihrer Ansicht am besten entspricht.

Wenn Sie beispielsweise voll und ganz der Ansicht sind, Methadon sei eine zusätzliche Droge, welche einem nicht einmal eine positive Wirkung gibt, können sie das Kästchen mit der Überschrift „stimmt voll und ganz“ ankreuzen.

	stimmt überhaupt nicht	stimmt ein wenig	stimmt ziemlich	stimmt voll und ganz
Bsp. Methadon ist eine zusätzliche Droge, die einem nicht einmal eine positive Wirkung gibt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4

Es gibt hier keine richtigen oder falschen Antworten. Lesen Sie jede Aussage in Ruhe durch und antworten sie Ihrer persönlichen Meinung entsprechend. Bitte wählen Sie für jede Aussage nur eine Antwort aus.

	stimmt überhaupt nicht	stimmt ein wenig	stimmt ziemlich	stimmt voll und ganz
1. Wenn man es geschafft hat, mit dem Heroinkonsum aufzuhören, ist es wichtig zur Sicherheit auch noch weiterhin Methadon zu nehmen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Die Methadonbehandlung wird zur Falle: Man kommt nicht richtig vom Heroin weg und kann sich auch nicht wirklich integrieren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Erst wenn ich es geschafft habe, im Leben weiter zu kommen (z. B beruflich oder in Beziehungen), beginne ich mit dem Methadonabbau.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Je tiefer die Methadondosis ist, desto motivierter ist man und desto besser geht es einem.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Wenn ich es satt habe, in Methadonbehandlung zu sein, reduziere ich manchmal die Methadondosis, damit es mir wieder besser geht.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Sobald einem das Methadon dazu verholffen hat, kein Heroin mehr zu konsumieren, sollte man das Methadon möglichst schnell abbauen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

	stimmt überhaupt nicht	stimmt ein wenig	stimmt ziemlich	stimmt voll und ganz
7. Die Methadondosis sollte die Anfangsdosis möglichst nicht übersteigen, damit man nicht vom Methadon abhängig wird.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Man muss zuerst das Methadon abbauen, um aus beruflichen, sozialen und persönlichen Problemen herauszukommen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Methadon unterstützt mich dabei, aus beruflichen, sozialen und persönlichen Problemen herauszukommen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Ich stelle mich der Herausforderung, die Methadondosis immer möglichst tief zu halten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11. Methadon ermöglicht mir, stressfreier Heroin zu konsumieren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12. Mit einer unnötig hohen Methadondosis begibt man sich in eine Scheinwelt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13. Es spielt keine Rolle wie hoch die Methadondosis ist. Wenn man Lust und genügend Geld hat, konsumiert man automatisch mehr Heroin oder andere Drogen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14. Ich nehme eine möglichst tiefe Methadondosis ein, weil man ab einer bestimmten Methadondosis wie in Watte gepackt ist und einem die Realität als unwirklich (wie in einem Film) erscheint.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
15. Eigentlich möchte ich das Methadon nur zur Überbrückung von Heroin-Engpässen einnehmen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
16. Der Methadonentzug ist schlimmer als der Heroinentzug, weil nach Beendigung des Methadonentzugs immer wieder unkontrollierbare Zustände vorkommen, die mich schwer belasten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
17. Ich bin überzeugt, dass man sich mit einer genügend hohen Methadondosis psychisch und physisch stabilisieren kann.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
18. Erst wenn ich das Methadon abgebaut habe, habe ich in der Gesellschaft die selben Chancen, wie alle anderen auch.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

	stimmt überhaupt nicht	stimmt ein wenig	stimmt ziemlich	stimmt voll und ganz
19. Je länger man Methadon einnimmt und je höher die Dosis ist, desto schädlicher ist Methadon für den Körper.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
20. Methadon hilft mir, mich psychisch und physisch zu stabilisieren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
21. Eigentlich ist es unsinnig, sich mit Methadon behandeln zu lassen, weil man sich damit eine zusätzliche Abhängigkeit auflädt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
22. Ich habe panische Angst vor dem Methadonentzug, weshalb ich zunächst einmal eine möglichst tiefe Methadondosis einnehmen will.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
23. Methadon hilft mir, kein Heroin zu konsumieren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
24. Wenn man seine Probleme (Job, Beziehungen, Finanzen) wirklich lösen will, muss man sich zuerst einmal mit Methadon über längere Zeit stabilisieren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
25. Ich kann mich langfristig mit Methadon nur stabilisieren, wenn ich das Gefühl habe, dass die Methadondosis möglichst tief ist.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
26. Die Methadonbehandlung führt dazu, dass man es sich in der Sucht bequem einrichten kann.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
27. Methadon sollte möglichst nur als Hilfsmittel beim Heroinentzug eingesetzt werden, damit man nicht davon abhängig wird.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
28. Ich beziehe oft mehr Methadon vom Arzt, als ich einnehme und bewahre den Rest zur Sicherheit auf.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
29. Für Personen mit hohen Methadondosen besteht weniger Hoffnung auf einen erfolgreichen Methadonausstieg als für Personen mit tiefen Dosen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
30. Wenn man sich auf einer höheren Methadondosis einstellen lässt, als man eigentlich möchte, steht man plötzlich ohne es zu bemerken mit einer zu hohen Methadondosis da.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
31. Lieber bei einer tiefen Methadondosis ab und zu Heroin konsumieren, als konstant eine hohe Methadondosis einnehmen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

	stimmt überhaupt nicht	stimmt ein wenig	stimmt ziemlich	stimmt voll und ganz
32. Methadon ist für eine langfristige Behandlung nicht geeignet.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
33. Wenn ich das Methadon nicht so abbauen kann wie ich mir das wünsche, fühle ich mich psychisch unwohl.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
34. Sobald ich mich jeweils wieder besser fühle, beginne ich, die Methadondosis abzubauen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
35. Ich nehme nur gerade soviel Methadon ein, dass ich keine Entzugssymptome habe. Den Rest bewahre ich auf.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
36. Auch wenn ich vorübergehend das nötige Geld hätte, würde ich nicht vermehrt Heroin konsumieren, weil ich auf einer genügend hohen Methadondosis eingestellt bin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
37. Ich strebe eine möglichst tiefe Methadondosis an, damit ich, falls mir der Zugang zum Methadon verwehrt wird, weniger stark unter Druck gerate.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
38. Ich setze mir laufend Zeitlimiten innerhalb derer ich das Methadon einen weiteren Schritt abbauen möchte und bin frustriert, wenn ich das nicht schaffe.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
39. Ich erlebe das Methadon als zusätzliche Droge.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
40. Die Heroinabhängigkeit lässt sich überwinden, indem man konstant über längere Zeit eine genügend hohe Methadondosis einnimmt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
41. Meine Heroinabhängigkeit kriege ich mit jedem Milligramm Methadon, das ich abbaue, besser in den Griff.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
42. Je mehr ich das Methadon so abbauen kann, wie ich mir das wünsche, umso entlasteter und stärker fühle ich mich.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
43. Ich erhöhe die Methadondosis wenn möglich nicht, damit ich nicht auch noch vom Methadon abhängig werde.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
44. Wenn es mir jeweils psychisch wieder besser geht, neige ich dazu, das Methadon abzubauen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

	stimmt überhaupt nicht	stimmt ein wenig	stimmt ziemlich	stimmt voll und ganz
45. Die Einnahme von Methadon ist nicht die Voraussetzung dafür, dass ich im Rahmen der Methadonbehandlung das Behandlungsziel erreiche, sondern der Methadonabbau ist das Ziel selber.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
46. Ich wähle meine Methadondosis höher, als ich eigentlich gerne hätte, damit ich mich physisch und psychisch stabilisieren kann.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
47. Eine hohe Methadondosis verhindert im Gegensatz zu einer tiefen Methadondosis den Zugang zu den eigenen Gefühlen und Gedanken.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
48. Mit Methadon kann man sich nur dann physisch und psychisch stabilisieren, wenn man nicht mehr Methadon einnimmt, als man braucht, um Entzugssymptome zu verhindern.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
49. Ziel in der Methadonbehandlung sollte immer der Abbau sein, da man sonst nicht mehr vom Methadon loskommt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
50. Es macht keinen Sinn, wenn man es geschafft hat mit Hilfe des Methadons mit dem Heroin aufzuhören, noch weiterhin Methadon einzunehmen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
51. Konstant hohe Methadondosierungen über längere Zeit sind nur für stark heroinabhängige Personen gedacht.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
52. Die Beendigung der Methadonbehandlung ist umso schwieriger, je länger die Methadonbehandlung gedauert hat und je höher die Methadondosierung während dieser Behandlungsdauer war.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
53. Wenn einem die Methadonbehandlung dazu verholfen hat, den Heroinkonsum zu beenden, sollte man die Methadonbehandlung zur Absicherung, dass man kein Heroin mehr konsumiert, unbedingt mit einer genügend hohen Dosis weiterführen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
54. Wenn ich es geschafft habe, das Methadon auf eine von mir gewünschte Dosis abzubauen, kommt es ab und zu vor, dass ich mich dafür mit Heroin belohne.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

	stimmt überhaupt nicht	stimmt ein wenig	stimmt ziemlich	stimmt voll und ganz
55. Wenn es einem gelingt, das Heroin durch das Methadon zu ersetzen, führt das zur nötigen Ruhe, um sich mit den eigenen Gefühlen auseinander zu setzen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
56. Es motiviert mich, wenn ich weiss, dass ich weniger Methadon einnehme als die meisten anderen Methadonbezügler.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
57. Ich strebe einen Methadonabbau an, weil ich nicht Methadonabhängig sein möchte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
58. Es bringt nichts, die Methadondosis zu erhöhen, da sich die körperliche Abhängigkeit nach ein paar Tagen einfach auf einer höheren Dosis einpendelt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
59. Ich nehme jeweils soviel Methadon, damit ich im Rahmen meiner Methadonbehandlung, stressfrei ab und zu Heroin konsumieren kann.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
60. Methadon kann einem helfen, unkontrollierbare psychische Zustände (z. B. Angst, Depression, Halluzinationen) zu kontrollieren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
61. Die Methadondosis sollte die Anfangsdosis möglichst nicht übersteigen, damit man den Ausgang aus der Methadonbehandlung nicht aus den Augen verliert.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Vielen Dank, dass sie uns Ihre Meinungen und Ansichten über das Methadon mitgeteilt haben. Nun interessieren uns Ihre Meinungen und Ansichten über das Subutex, ein anderes Medikament, welches zur Behandlung der Heroinabhängigkeit eingesetzt wird. Ihre Meinungen und Ansichten interessieren uns auch dann, wenn Sie selber noch keine Erfahrungen mit Subutex haben.

Im Folgenden finden Sie 16 Aussagen zum Subutex. Bitte bewerten Sie diese Aussagen wiederum mit den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten.

	stimmt überhaupt nicht	stimmt ein wenig	stimmt ziemlich	stimmt voll und ganz	Ich weiss es nicht
1. Im Gegensatz zum Methadon sehe ich das Subutex eher als Medikament.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
2. Ich glaube, dass man den Ausstieg aus der Methadonbehandlung mit Subutex eher schafft, als mit Methadon selbst.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
3. Ich vermute, dass es weniger schädlich ist, über längere Zeit Subutex, als über längere Zeit Methadon zu nehmen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
4. Es ist einfacher zu sagen, dass man Subutex einnimmt, als dass man Methadon einnimmt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
5. Ich glaube Subutex bekommt ein Methadonpatient vor allem dann, wenn der Arzt überzeugt ist, dass er es schaffen würde, das Methadon abzubauen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
6. Ich vermute, dass es weniger schädlich ist, eine hohe Subutextdosis als eine hohe Methadondosis zu nehmen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
7. Jemand, der Subutex verschrieben hat, hat seinen Heroinkonsum besser im Griff als jemand, der Methadon verschrieben hat.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
8. Ich glaube, dass der Subutex-Abbau weniger Entzugs-Stress verursacht als der Methadon-Abbau.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
9. Subutex ist eher für Leute gedacht, bei denen nicht die Gefahr besteht, dass sie nebenbei Heroin konsumieren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9

	stimmt überhaupt nicht	stimmt ein wenig	stimmt ziemlich	stimmt voll und ganz	Ich weiss es nicht
10. Ich glaube, Subutex ist vor allem für Leute gedacht, die eigentlich ein Kokainproblem haben und nur nebenbei Heroin konsumieren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
11. Leute, die auf Subutex eingestellt sind, haben grössere Chancen, einen Job zu kriegen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
12. Subutex macht Hoffnung, dass es da doch ein Mittel gibt, mit dem man vom Heroin wekommt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
13. Subutex ist das einzige Mittel, mit dem man sich wieder vom Methadon befreien kann.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
14. Wenn man es schaffen würde, vom Arzt Subutex verschrieben zu bekommen, wäre es ein Rückschritt, sich wieder auf Methadon einstellen zu lassen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
15. Es beruhigt mich, zu wissen, dass es mit Subutex noch eine Alternative zum Methadon gibt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
16. Um anstelle von Methadon Subutex zu erhalten, muss man keine speziellen Bedingungen erfüllen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9

Vielen Dank, dass Sie auch Ihre Meinungen und Ansichten über das Subutex mitgeteilt haben. Weiter interessiert uns, wie Sie sich selber sehen und an welchem Punkt Sie in Ihrem Leben stehen.

Im Folgenden finden Sie 16 Aussagen über sich selber, die sie wiederum mit den schon bekannten vier Antwortmöglichkeiten bewerten können.

	stimmt überhaupt nicht	stimmt ein wenig	stimmt ziemlich	stimmt voll und ganz
1. Ich vermute, ich habe Schwächen, aber es gibt nichts, was ich wirklich verändern müsste.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Ich habe ein Problem und ich denke wirklich, dass ich daran arbeiten sollte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Ich arbeite wirklich hart daran, mich zu verändern.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Das, was ich schon geändert habe, ist nicht so leicht beizubehalten, wie ich gehofft hatte, und ich bin hier (in Methadonbehandlung), um einen Rückfall zu verhindern.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Ich bin kein Problemfall; deshalb macht es keinen Sinn für mich, dass ich hier (in Methadonbehandlung) bin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Ich habe schon daran gedacht, etwas an mir zu verändern.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Ich arbeite aktiv an meinem Problem.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Ich habe mit Erfolg an meinem Problem gearbeitet, aber ich weiss nicht, ob ich alleine weiterhin durchhalten kann.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Hier zu sein (in Methadonbehandlung) ist eine ziemliche Zeitverschwendung für mich, weil das Problem nichts mit mir zu tun hat.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Ich hoffe, mir wird geholfen, mich selbst besser zu verstehen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11. Jeder kann darüber reden, dass er sich verändern will; ich tue etwas dafür.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12. Vielleicht brauche ich jetzt einen Schubs, um die Veränderungen aufrechtzuerhalten, die ich schon gemacht habe.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

	stimmt überhaupt nicht	stimmt ein wenig	stimmt ziemlich	stimmt voll und ganz
13. Dieses ganze Gerede über Psychologie ist langweilig. Die Leute sollten ihre Probleme einfach vergessen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14. Ich wünschte, ich hätte mehr Ideen, wie ich mein Problem lösen kann.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
15. Manchmal ist mein Problem schwierig, aber ich arbeite daran.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
16. Ich mache mir Sorgen, ich könnte wieder in ein Problem geraten, dass ich schon verändert habe, deshalb suche ich hier Hilfe.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Vielen Dank, dass Sie uns mitgeteilt haben wie Sie sich selber sehen und an welchem Punkt Sie in Ihrem Leben stehen. Zum Schluss dieses Fragebogens interessiert es uns noch, wie überzeugt sie von sich selber sind.

Dazu finden Sie im Folgenden 10 Aussagen, die Sie wiederum mit den bekannten vier Antwortmöglichkeiten bewerten können.

	stimmt überhaupt nicht	stimmt ein wenig	stimmt ziemlich	stimmt voll und ganz
1. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. In unerwarteten Situationen weiss ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiss ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Sie haben es geschafft! Wir danken Ihnen sehr herzlich für Ihre Mithilfe!



A3. Standardisiertes Patienten-Interview

Standardisiertes Patienteninterview

.....

Patienten-Code-Nr:

.....

Allgemeine Angaben:

- Datum des Interviews: ..
- Interviewer:
 - 1. Lukas:
 - 2. Heinz:
- Geschlecht des Patienten:
 - 1. männlich
 - 2. weiblich
- Geburtsdatum: Tag Monat Jahr
- Anzahl eigene Kinder:
- Zivilstand (nur ein Item auswählen):
 - 1. ledig:
 - 2. verheiratet:
 - 3. geschieden:
 - 4. verwitwet:
- Höchster erzielter Schulabschluss (nur ein Item auswählen):

1. Grundschulabschluss:	6. Matura:
2. Oberschule	7. Fachhochschule (FH):
3. Realschule:	8. Hochschule (UNI, ETH):
4. Sekundarschule/Bezirksschule:	9. kein Abschluss:
5. Lehre/Ausbildung:	

Staatsangehörigkeit:

Wohnsituation (nur ein Item auswählen):

- 1. eigen-finanzierte Wohnung
- 2. fremd-finanzierte (Sozialamt/IV) Wohnung:
- 3. betreute Wohnsituation:
- 4. institutionelle Umgebung (Klinik, Gefängnis):
- 5. ohne feste Wohnsituation:

Lebt der Proband in einer Partnerschaft?

1. ja:
2. nein:

Wenn ja, ist der Partner oder die Partnerin ebenfalls opiatabhängig?

1. ja:
2. nein:
9. keinen Partner:

Aktuelle Einkommenssituation (mehrere Items auswählbar):

1. Erwerbstätig: 1= ja; 2= nein; wenn ja, wie viel Stellenprozent pro Woche:
2. ALV: 1= ja; 2= nein
3. Fürsorge: 1= ja; 2= nein
4. IV: 1= ja; 2= nein
5. Von Drittperson finanziert: 1= ja; 2= nein
6. illegales Einkommen (ev. Dealen, Prostitution usw.): 1= ja; 2= nein

Aktuelle Substitutionsbehandlung

In welcher der nachfolgenden Substitutionsbehandlungen befindet sich der Patient aktuell? Name:.....

1. Ambulante Substitution in privater Arztpraxis
2. Ambulante Substitution in öffentlicher Institution
3. Teilstationäre Substitution
4. Stationäre Substitution

- Wie viele Monate befindet sich der Patient schon in dieser Behandlung?

--	--	--

Aktuelles Substitutionsmittel:

- | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. Methadon: | Anzahl mg: | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Subutex: | Anzahl mg: | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Anderes: | Anzahl mg: | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

Welche Methadon- oder Subutexdosis hatten Sie?

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Vor 1 Mon; | Anzahl mg: | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vor 2 Mon; | Anzahl mg: | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vor 3 Mon; | Anzahl mg: | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vor 4 Mon; | Anzahl mg: | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vor 5 Mon; | Anzahl mg: | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vor 6 Mon; | Anzahl mg: | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mein nächstes Ziel:

1. Dosis abbauen:
2. Dosis erhöhen:
3. Dosis konstant halten:

Denken Sie, dass die Institution, in der Sie aktuell die Substitutionsbehandlung machen bzw. der für Sie verantwortliche Arzt möchte, dass Sie das Substitutionsmittel:

1. abbauen;
2. erhöhen;
3. möglichst konstant halten (unabhängig von der Dosis);
4. möglichst hoch einnehmen;
1. möglichst konstant und hoch einnehmen;

An wie vielen der letzten 30 Tage habe sie Alkohol getrunken?

Wie viel Alkohol haben sie durchschnittlich pro Tage getrunken? Anzahl Trinkeinheiten:.....

An wie vielen der letzten 30 Tage habe sie Heroin eingenommen?

Wie viel Heroin haben Sie durchschnittlich pro Tage konsumiert? Dosis in mg:.....

An wie vielen der letzten 30 Tage habe sie Kokain eingenommen?

Wie viel Kokain haben Sie durchschnittlich pro Tage konsumiert? Dosis in mg:.....

An wie vielen der letzten 30 Tage habe sie illegale Benzos eingenommen?

gar nicht wenig ziemlich extrem

An wie vielen Tagen litten Sie in den letzten 30 Tagen an

Heroinverlangen? Anzahl Tage:

Wie stark litten Sie in den letzten 30 Tagen unter Heroinverlangen?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

An wie vielen Tagen litten Sie in den letzten 30 Tagen unter körperlichen Beschwerden, die Sie auf Entzugserscheinungen

zurückführten? Anzahl Tage:

Wie stark litten Sie während der letzten 30 Tage unter körperlichen Beschwerden, die Sie auf Entzugserscheinungen zurückführten?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

An wie vielen Tagen wurde der Patient in den letzten 30 Tagen durch sein Drogenproblem in seinem täglichen Leben

belastet und beeinträchtigt? Anzahl Tage:

Ab welcher Dosis beginnen beim Patienten die Entzugerscheinungen, wenn er sein Substitutionsmittel (1 = Methadon; 2 = Subutex) ganz langsam und ohne Nebenkonsum abbaut? Dosishöhe in mg:

Welches ist die höchste Dosis, die Sie sich von ihrem Arzt verschreiben lassen würden? Dosishöhe in mg:

Weshalb?.....
.....

Welches Behandlungsziel streben Sie im Rahmen Ihres aktuellen Substitutionsprogrammes an? **(Der Proband, soll sich auf ein Ziel festlegen!).**

1. Die Nulldosis bzw. abstinente von Heroin und Methadon sein.
2. Substitutionsmittel zur Flexibilisierung des Heroinkonsums i.S. eines nicht-abhängigen Heroinkonsums (**Patienten mit Konsumwunsch bei Entlastungshaltung**).
3. Das Substitutionsmittel so weit abbauen, damit ich nicht denken muss, dass ich mehr Methadon einnehme als nötig ist (**Patienten mit Abstinenzwunsch bei Tiefdosishaltung**).
4. Das Substitutionsmittel so weit abbauen, damit meine Methadondosis möglichst tief ist als diejenige meiner Mitpatienten (**Patienten mit Abstinenzwunsch bei Tiefdosishaltung**).
5. Eine möglichst tiefe Substitutionsmitteldosis einnehmen, die aber trotzdem ermöglicht nebenbei weiterhin Heroin zu konsumieren, ohne dass danach Entzugssymptome entstehen oder die Methadondosis verändern werden muss (**Patienten mit Abstinenzwunsch bei Gleichgewichtshaltung**)?
6. Mich auf einer genügend hohen Substitutionsmitteldosis einpendeln, die mir vorwiegend ermöglicht, mich körperlich wohl zu fühlen (**Patienten mit Stabilisierungswunsch bei Rehabilitationshaltung**).
7. Mich auf einer genügend hohen Substitutionsmitteldosis einpendeln, die mir vorwiegend ermöglicht, mich psychisch wohl zu fühlen (**Patienten mit Stabilisierungswunsch bei Rehabilitationshaltung**).
8. Mich auf einer genügend hohen Substitutionsmitteldosis einpendeln, die mir vorwiegend ermöglicht, mich im sozialen Umfeld und im Beziehungsleben (z.B. mit dem Partner) wohl zu fühlen (**Patienten mit Stabilisierungswunsch bei Rehabilitationshaltung**).
9. Mich auf einer genügend hohen Substitutionsmitteldosis einpendeln, die mir vorwiegend ermöglicht, mich beruflich zu integrieren (**Patienten mit Stabilisierungswunsch bei Rehabilitationshaltung**).
10. Mich psychisch, physisch, beruflich, sozial und beziehungsmässig zu stabilisieren mit einer genügend hohen Methadondosis, die diesen Rehabilitationsprozess ermöglicht (**Patienten mit Stabilisierungswunsch bei Rehabilitationshaltung**).

11. Die Methadondosis langsam und ohne Beikonsum abbauen, bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der bereits erreichten psychischen, physischen, beruflichen, sozialen und beziehungsmässigen Stabilisierung (**Patienten mit Abstinenzwunsch bei Rehabilitationshaltung**).
12. Aufrechterhaltung der Methadon- und Heroinabstinenz, bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der bereits erreichten psychischen, physischen, beruflichen, sozialen und beziehungsmässigen Stabilisierung (**Patienten in der Post-Substitutionsbehandlungs-Phase**).

Anamnese der Heroinabhängigkeit:

Alter beim Erstkonsum:

Jahre des Heroinkonsums

Haben sie je injiziert? 1 =Ja; 2 =nein;

Alter bei Erstinjektion:

Jahre des Injizierens:

Anzahl Monate mit Injektionen in den letzten 6 Monaten:

Anzahl Tage mit Injektionen in den letzten 30 Tagen:

Wie oft haben Sie im Rahmen Ihrer Heroinabhängigkeit eine der nachfolgenden Behandlungen erhalten?

Anzahl ambulante Entzugsbehandlungen:

--	--

- Wie viele Monate waren Sie längstens abstinent (ohne Heroin und Substitutionsmittel) nach einer dieser ambulanten Entzugsbehandlungen?

--	--
- Haben Sie diese Entzugsbehandlungen insgesamt eher 1. positiv oder eher 2. negativ erlebt?

Anzahl stationäre Entzugsbehandlungen:

--	--

- Wie viele Monate waren Sie längstens abstinent (ohne Heroin und Substitutionsmittel) nach einer dieser stationären Entzugsbehandlungen?

--	--
- Haben Sie diese Entzugsbehandlungen insgesamt eher 1. positiv oder eher 2. negativ erlebt?

Anzahl kalte Entzüge ohne medikamentöse Unterstützung:

--	--

- Wie viele Monate waren Sie längstens abstinent (ohne Heroin und Substitutionsmittel) nach einer dieser kalten Entzügen?

--	--
- Haben Sie diese Entzugsbehandlungen insgesamt eher 1. positiv oder eher 2. negativ erlebt?

Anzahl Substitutionsbehandlungen insgesamt:

--	--

1. Substitutionsbehandlung (Angaben max. zu den zwei letzten):

- Substitutionsmittel:
- 1. Methadon:
- 2. Subutex:
- 3. Anderes:
- Beginn im Jahr:

- Dauer in Mon:

--	--	--
- Wurden Sie während dieser Behandlung psychotherapeutisch behandelt (mind. eine Sitzung mit einem Psychotherapeuten pro Woche oder zwei Wochen). 1. ja; 2. nein;
- Wie viele Monate waren Sie während dieser Behandlung längstens abstinent von Heroin (aber mit Substitutionsmittel)? Anzahl Monate:

--	--	--
- Wie beendete der Proband die Substitutionsbehandlung:
 1. Übertritt in die nächste Substitutionsbehandlung ohne das Substitutionsmittel abgebaut zu haben.
 2. Rücktritt in die Gasse und Wiederaufnahme (oder Fortsetzung) des Heroinkonsums, ohne das Substitutionsmittel abgebaut zu haben.
 3. Abbau des Methadons auf Null und Eintritt in die Abstinenz (ohne Nachbetreuung).
 4. Abbau des Methadons auf Null und Eintritt in die Abstinenz (mit Nachbetreuung).
- Falls die Substitutionsmittelbehandlung durch Erreichen der Nulldosis beendet wurde: Wie viele Monate der Proband nach Abschluss abstinent?

--	--	--
- Haben Sie insgesamt diese Substitutionsbehandlung eher 1. positiv oder eher 2. negativ erlebt?

2. Substitutionsbehandlung;

- Substitutionsmittel:
- 1. Methadon:
- 2. Subutex:
- 3. Anderes:
- Beginn im Jahr:

- Dauer in Mon:

--	--	--
- Wurden Sie während dieser Behandlung psychotherapeutisch behandelt (mind. eine Sitzung mit einem Psychotherapeuten pro Woche oder zwei Wochen). 1. ja; 2. nein;
- Wie viele Monate waren Sie während dieser Behandlung längstens abstinent von Heroin (aber mit Substitutionsmittel)? Anzahl Monate:

--	--	--
- Wie beendete der Proband die Substitutionsbehandlung:
 1. Übertritt in die nächste Substitutionsbehandlung ohne das Substitutionsmittel abgebaut zu haben.
 2. Rücktritt in die Gasse und Wiederaufnahme (oder Fortsetzung) des Heroinkonsums, ohne das Substitutionsmittel abgebaut zu haben.
 3. Abbau des Methadons auf Null und Eintritt in die Abstinenz (ohne Nachbetreuung).
 4. Abbau des Methadons auf Null und Eintritt in die Abstinenz (mit Nachbetreuung).
- Falls die Substitutionsmittelbehandlung durch Erreichen der Nulldosis beendet wurde: Wie viele Monate der Proband nach Abschluss abstinent?

--	--	--
- Haben Sie insgesamt diese Substitutionsbehandlung eher 1. positiv oder eher 2. negativ erlebt?

Fragen zum Methadon

Was beeinflusste Ihre Einstellung zum Methadon?

	ja	nein
Kollegen auf der Gasse:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Mitpatienten im Methadonprogramm:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Arzt:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Behandlungsteam	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Eltern	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Geschwister:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Freunde, die nicht Drogen konsumieren:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

Ab wie viel mg Methadon wird bei Ihnen ein Heroinflash verhindert?

Ab wie viel mg Subutex wird bei Ihnen ein Heroinflash verhindert?

Wie erlebt der Proband das Methadon aktuell?

1. positiv
2. negativ

Befragungssituation: (mehrfach Antworten möglich)

- | | | |
|---|---------|----------|
| - der Proband war auffällig: | 1 = ja; | 2 = nein |
| - falls ja, wie? | | |
| o alkoholisiert? | 1 = ja; | 2 = nein |
| o kokainisiert? | 1 = ja; | 2 = nein |
| o benzodiazepinisiert? | 1 = ja; | 2 = nein |
| o kognitiv beeinträchtigt? | 1 = ja; | 2 = nein |
| o somnolent? | 1 = ja; | 2 = nein |
| - erfolgte die Teilnahme des Geldes wegen? | 1 = ja; | 2 = nein |
| - wurde ehrlich geantwortet? | 1 = ja; | 2 = nein |
| - wurde i. S. des Interviewers geantwortet? | 1 = ja; | 2 = nein |

Besonderheiten (nur ein Item auswählen):

1. Patient bricht Interview ab
2. Patient weigert sich, befragt zu werden
3. Patient ist aus körperlichen oder psychischen Gründen unfähig zu antworten
4. keine

PT-Evaluation in der aktuellen Substitutionsbehandlung

Nehmen Sie abgesehen von der medikamentösen Behandlung (Mehtadon, Subutex usw.) und den obligatorischen ärztlichen Verlaufsgespräche noch andere Gespräche in Anspruch? Ja = 1; Nein = 2;

- Welcher Arzt führt die obligatorischen Verlaufsgespräche durch? Name:
- Wie oft pro drei Monate erfolgen diese ärztlichen Verlaufsgespräche! Anzahl:

Wenn Ja:

Haben Sie unterstützende Gespräche bezüglich: Wohnung, Finanzen, Job, rechtlichen Fragen, Versicherungen, sozialem Umfeld usw.: Ja = 1; Nein = 2;

- Wer führt diese unterstützenden Gespräche durch? Name:.....
- Wieviele solche Gespräche habe Sie zusätzlich zu den obligatorischen ärztlichen Verlaufsgesprächen pro Monat: Anzahl.....

Machen sie im Rahmen Ihrer Sub-Behandlung eine Psychotherapie? Ja = 1; Nein = 2;

- Erfolgt die PT im Rahmen ihrer Sub-Behandlung? Ja = 1; Nein = 2;
- Ist er Sozialarbeiter? Ja = 1; Nein = 2;
- Ist er Psychologe? Ja = 1; Nein = 2;
- Ist er Arzt? Ja = 1; Nein = 2;
- anderer Beruf? Ja = 1; Nein = 2; Welcher Beruf?.....
- Wie lange sind Sie schon in dieser psychotherap. Behandlung? Anzahl Monate?
- Grund für die Inanspruchnahme der PT:.....
.....
- Finden die Gespräche regelmässig statt? Ja = 1; Nein = 2;
- Wenn nein, wie oft durchschnittlich pro Monat?
- Wenn ja, wie oft?
 - o 1/ Wo. Ja = 1; Nein = 2;
 - o 2/ Wo. Ja = 1; Nein = 2;
 - o 1/2Wo. Ja = 1; Nein = 2;
 - o weniger? Ja = 1; Nein = 2;
- Haben Sie mit Ihrem Therapeuten ein psychotherapeutisches Behandlungsziel vereinbart: Ja = 1; Nein = 2;
- Ziel?.....
.....

Zum selber ausfüllen (zutreffendes bitte ankreuzen):

Ich habe Vertrauen in meinen Psychotherapeuten:	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nein <input type="checkbox"/> 2
Ich kann mit meinem Psychotherapeuten nicht über alles reden:	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nein <input type="checkbox"/> 2
Ich fühle mich geborgen in der Beziehung zu meinem PT:	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nein <input type="checkbox"/> 2
Ich fühle mich unsicher in der Beziehung zu meinem PT:	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nein <input type="checkbox"/> 2
Ich fühle mich von meinem PT verstanden:	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nein <input type="checkbox"/> 2
Ich fühle mich von meinem PT kritisiert:	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nein <input type="checkbox"/> 2
Ich fühle mich von meinem PT respektiert:	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nein <input type="checkbox"/> 2
Ich fühle mich von meinem PT abgewertet:	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nein <input type="checkbox"/> 2

Wie heisst Ihr Psychotherapeut? Name:

Psychotherapie-Anamnese:

Waren Sie früher einmal in einer psychotherapeutischen Behandlung? Ja = 1; Nein = 2;

Wenn Nein:

- Hätten Sie sich jemals eine psychoth. Behandlung gewünscht, haben aber aus verschiedenen Gründen nicht danach gefragt? Ja = 1; Nein = 2;
- Grund für nicht
Nachfrage:.....
- Wurde Ihnen schon jemals eine psychoth. Behandlung angeboten, habe diese aber aus verschiedenen Gründen abgelehnt? Ja = 1; Nein = 2;
- Grund der
Ablehnung:.....
.....

Wenn Ja:

Fand PT stationär im Rahmen der Behandlung in einer therap. Gemeinschaft statt? Ja = 1; Nein = 2;

Wie oft? Anzahl

Beginn der längsten psychoth. Behandlung: Jahr: ; Dauer in Monaten:

Erlebten Sie diese psychother. Behandlung eher positiv = 1 oder eher negativ = 2?

Fanden die Gespräche regelmässig statt? Ja = 1; Nein = 2;

Wenn nicht regelmässig, wie oft durchschnittlich pro Monat?

Wenn regelmässig, wie oft?

- o 1/ Wo. Ja = 1; Nein = 2;
- o 2/ Wo. Ja = 1; Nein = 2;
- o 1/2Wo. Ja = 1; Nein = 2;
- o weniger? Ja = 1; Nein = 2;

Ich hatte Vertrauen in meinen Psychotherapeuten:

Ja ☐1

Nein ☐2

Ich konnte mit meinem Psychotherapeuten nicht über alles reden:

Ja ☐1

Nein ☐2

Ich fühlte mich geborgen in der Beziehung zu meinem PT:

Ja ☐1

Nein ☐2

Ich fühlte mich unsicher in der Beziehung zu meinem PT:

Ja ☐1

Nein ☐2

Ich fühlte mich von meinem PT verstanden:

Ja ☐1

Nein ☐2

Ich fühlte mich von meinem PT kritisiert:

Ja ☐1

Nein ☐2

Ich fühlte mich von meinem PT respektiert:

Ja ☐1

Nein ☐2

Ich fühlte mich von meinem PT abgewertet:

Ja ☐1

Nein ☐2

- Hatten Sie mit Ihrem Therapeuten ein psychotherapeutisches Behandlungsziel vereinbart: Ja = 1; Nein = 2;
- Ziel?.....
- Erreichten Sie bei Abschluss das Behandlungsziel? Ja = 1; Nein = 2;

Fand eine PT im Rahmen einer Substitutionsbehandlung statt? Ja = 1; Nein = 2;

Wie oft? Anzahl

Beginn der längsten psychoth. Behandlung: Jahr: ; Dauer in Monaten:

Erlebten Sie diese psychother. Behandlung eher positiv = 1 oder eher negativ = 2?

Fanden die Gespräche regelmässig statt? Ja = 1; Nein = 2;

Wenn nicht regelmässig, wie oft durchschnittlich pro Monat?

Wenn regelmässig, wie oft?

- o 1/ Wo. Ja = 1; Nein = 2;
- o 2/ Wo. Ja = 1; Nein = 2;
- o 1/2Wo. Ja = 1; Nein = 2;
- o weniger? Ja = 1; Nein = 2;

Ich hatte Vertrauen in meinen Psychotherapeuten:

Ja ☐1

Nein ☐2

Ich konnte mit meinem Psychotherapeuten nicht über alles reden:

Ja ☐1

Nein ☐2

Ich fühlte mich geborgen in der Beziehung zu meinem PT:	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nein <input type="checkbox"/> 2
Ich fühlte mich unsicher in der Beziehung zu meinem PT:	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nein <input type="checkbox"/> 2
Ich fühlte mich von meinem PT verstanden:	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nein <input type="checkbox"/> 2
Ich fühlte mich von meinem PT kritisiert:		Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2
Ich fühlte mich von meinem PT respektiert:	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nein <input type="checkbox"/> 2
Ich fühlte mich von meinem PT abgewertet:	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nein <input type="checkbox"/> 2

- Hatten Sie mit Ihrem Therapeuten ein psychotherapeutisches Behandlungsziel vereinbart: Ja = 1; Nein = 2;
- Ziel?.....
- Erreichten Sie bei Abschluss das Behandlungsziel? Ja = 1; Nein = 2;

Fand PT unabhängig von einer Opiatbehandlung statt? Ja = 1; Nein = 2;

Wie oft? Anzahl

Beginn der längsten psychoth. Behandlung: Jahr: ; Dauer in Monaten:

Erlebten Sie diese psychother. Behandlung eher positiv = 1 oder eher negativ = 2?

Fanden die Gespräche regelmässig statt? Ja = 1; Nein = 2;

Wenn nicht regelmässig, wie oft durchschnittlich pro Monat?

Wenn regelmässig, wie oft?

- o 1/ Wo. Ja = 1; Nein = 2;
- o 2/ Wo. Ja = 1; Nein = 2;
- o 1/2Wo. Ja = 1; Nein = 2;
- o weniger? Ja = 1; Nein = 2;

Ich hatte Vertrauen in meinen Psychotherapeuten:	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nein <input type="checkbox"/> 2
Ich konnte mit meinem Psychotherapeuten nicht über alles reden:	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nein <input type="checkbox"/> 2
Ich fühlte mich geborgen in der Beziehung zu meinem PT:	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nein <input type="checkbox"/> 2
Ich fühlte mich unsicher in der Beziehung zu meinem PT:	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nein <input type="checkbox"/> 2
Ich fühlte mich von meinem PT verstanden:	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nein <input type="checkbox"/> 2
Ich fühlte mich von meinem PT kritisiert:		Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2
Ich fühlte mich von meinem PT respektiert:	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nein <input type="checkbox"/> 2
Ich fühlte mich von meinem PT abgewertet:	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nein <input type="checkbox"/> 2

- Hatten Sie mit Ihrem Therapeuten ein psychotherapeutisches Behandlungsziel vereinbart: Ja = 1; Nein = 2;
- Ziel?.....
- Erreichten Sie bei Abschluss das Behandlungsziel? Ja = 1; Nein = 2;

A4. Self-report Fragebogen für die Behandelnden

Im Folgenden finden Sie 39 Aussagen zum Methadon und zur Methadonbehandlung. Wir bitten Sie, diese Aussagen mit dem Grad Ihrer Zustimmung zu bewerten. Dazu haben Sie jeweils vier Antwortmöglichkeiten zur Auswahl. Sie können mit einem Kreuz jene Antwort auswählen, die Ihrer Ansicht am besten entspricht.

Lesen Sie jede Aussage in Ruhe durch und antworten Sie Ihrer persönlichen Meinung entsprechend. Bitte wählen Sie für jede Aussage nur eine Antwort aus.

	stimmt überhaupt nicht	stimmt ein wenig	stimmt ziemlich	stimmt voll und ganz
1. Auch wenn meine Patienten vorübergehend das nötige Geld hätten, würden sie nicht vermehrt Heroin konsumieren, weil sie auf einer genügend hohen Methadondosis eingestellt sind.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Bei Methadonpatienten mit fortgesetztem Heroinbegebrauch sollte die Methadondosis reduziert werden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Patienten, die ihr Methadon verkaufen oder damit handeln, sollten unverzüglich von der Behandlung ausgeschlossen werden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Die Patienten müssen zuerst das Methadon abbauen, um aus beruflichen, sozialen und persönlichen Problemen herauszukommen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Ich stelle mich der Herausforderung, die Methadondosis bei meinen Patienten immer möglichst tief zu halten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Eine hohe Methadondosis verhindert bei den Patienten im Gegensatz zu einer tiefen Methadondosis den Zugang zu den eigenen Gefühlen und Gedanken.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Mit einer unnötig hohen Methadondosis begeben sich die Patienten in eine Scheinwelt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Wenn es den Patienten jeweils psychisch wieder besser geht, neige ich dazu, den Patienten einen Methadon-Abbau zu empfehlen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Ohne eine psychosoziale Begleitung neben der pharmakologischen Behandlung würden die meisten Patienten ihr Leben lang auf Methadon angewiesen bleiben.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Sobald die Patienten ihren Heroingebrauch eingestellt haben, sollten sie stufenweise vom Methadon abdosiert werden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

	stimmt überhaupt nicht	stimmt ein wenig	stimmt ziemlich	stimmt voll und ganz
11. Meine Patienten sollen jeweils soviel Methadon einnehmen, damit sie im Rahmen ihrer Methadonbehandlung, stressfrei ab und zu Heroin konsumieren können.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12. Die Methadondosis sollte die Anfangsdosis möglichst nicht übersteigen, damit die Patienten den Ausgang aus der Methadonbehandlung nicht aus den Augen verlieren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13. Methadon unterstützt die Patienten dabei, aus beruflichen, sozialen und persönlichen Problemen herauszukommen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14. Fortgesetzter Beigebruch illegaler Drogen sollte zu Therapieabbruch führen, um so den Patienten eine Methadonbehandlung zu ermöglichen, die davon vermutlich mehr profitieren könnten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
15. Es motiviert mich, wenn ich weiss, dass meine Patienten weniger Methadon einnehmen als die meisten anderen Methadonbezügler.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
16. Wenn ich die Patienten auf einer höheren Methadondosis einstelle, als sie eigentlich möchten, stehen sie plötzlich ohne es zu bemerken mit einer zu hohen Methadondosis da.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
17. Ich bin überzeugt, dass sich die Patienten mit einer genügend hohen Methadondosis psychisch und physisch stabilisieren können.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
18. Ich habe Verständnis, wenn meine Patienten das Methadon nur zur Überbrückung von Heroin-Engpässen einnehmen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
19. Sobald das Methadon den Patienten dazu verholfen hat, kein Heroin mehr zu konsumieren, sollten die Patienten das Methadon möglichst schnell abbauen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
20. Methadonpatienten sollten gerade nur so viel Methadon erhalten, dass das Einsetzen von Entzugssymptomen unterdrückt wird.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
21. Mit Methadon können sich die Patienten nur dann physisch und psychisch stabilisieren, wenn sie nicht mehr Methadon einnehmen, als sie brauchen, um Entzugssymptome zu verhindern.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

	stimmt überhaupt nicht	stimmt ein wenig	stimmt ziemlich	stimmt voll und ganz
22. Methadon hilft meinen Patienten, kein Heroin zu konsumieren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
23. Wenn die Patienten ihre Probleme (Job, Beziehungen, Finanzen) wirklich lösen wollen, müssen sie sich zuerst einmal mit Methadon über längere Zeit stabilisieren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
24. Ich erhöhe den Patienten die Methadondosis wenn immer möglich nicht, damit sie nicht auch noch vom Methadon abhängig werden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
25. Die Patienten sollten (wenn überhaupt) erst dann mit dem Methadonabbau beginnen, wenn sie es geschafft haben, im Leben weiter zu kommen (z.B. beruflich oder in Beziehungen).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
26. Bei Methadonpatienten, die trotz wiederholter Ermahnungen ihren Heroinkonsum fortsetzen, sollte die Behandlung abgebrochen werden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
27. Ich setze den Patienten laufend Zeitlimiten innerhalb derer sie das Methadon einen weiteren Schritt abbauen sollten und bin genervt, wenn sie das nicht schaffen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
28. Ich achte darauf, nicht mehr Methadon abzugeben, als die Patienten brauchen, um keine Entzugssymptome zu haben, damit die Patienten nicht in Versuchung kommen, nur einen Teil einzunehmen und den Rest zur Sicherheit aufzubewahren oder zu verkaufen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
29. Methadon hilft den Patienten, sich psychisch und physisch zu stabilisieren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
30. Die Heroinabhängigkeit lässt sich überwinden, indem die Patienten konstant über längere Zeit eine genügend hohe Methadondosis einnehmen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
31. Die Patienten sollen eine möglichst tiefe Methadondosis einnehmen, weil sie sich ab einer bestimmten Methadondosis wie in Watte gepackt fühlen und ihnen die Realität unwirklich (wie in einem Film) erscheint.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
32. Hauptziel der Methadonbehandlung sollte die Abstinenz von allen Opioiden (inkl. Methadon) sein.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

	stimmt überhaupt nicht	stimmt ein wenig	stimmt ziemlich	stimmt voll und ganz
33. Die Patienten sollten nur gerade soviel Methadon einnehmen, dass sie keine Entzugssymptome haben.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
34. Konstant hohe Methadondosierungen über längere Zeit sind nur für stark heroinabhängige Patienten gedacht.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
35. Methadon soll meinen Patienten ermöglichen, stressfreier Heroin zu konsumieren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
36. Heroinabhängige sollten nur dann mit Methadon behandelt werden, nachdem andere Therapieformen versagt haben.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
37. Ziel der Methadonbehandlung sollte immer der Abbau sein, da die Patienten sonst nicht mehr vom Methadon loskommen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
38. Methadonpatienten, die wiederholt Beratungstermine nicht wahrnehmen, sollten stufenweise von Methadon abdosiert werden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
39. Die Patienten können sich langfristig mit Methadon nur stabilisieren, wenn die Methadondosis möglichst tief ist.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Zum Schluss bitten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person:

Vorname/Name:

Geburtsdatum:

Geschlecht: ☐ 1 männlich ☐ 2 weiblich

Beruf:

Setting: ☐ 1 Ambulante Substitution/private Praxis
☐ 2 Ambulante Substitution/Behandlungsinstitution:
☐ 3 Teilstationäre Substitution/Behandlungsinstitution:
☐ 4 Stationäre Substitution/Behandlungsinstitution:

Vielen Dank!



A5: Einstellungs-Aussagen-Pool (aus den 30 Transkripten der qualitativen Voruntersuchung)

Z40:

- Das Methadon bietet aus psychischer Sicht den Vorteil, ein normales Leben führen zu können, wie beispielsweise einen Job zu finden und Strukturen aufbauen zu können.
- Das Methadon hat aus körperlicher Sicht den Nachteil, dass sich nach dem Abbau Nachwirkungen einstellen.
- Das Methadon hat mich psychisch gestärkt und hat mich stärker gemacht. (F)
- Vor der ersten Methadonbehandlung hatte ich das Gefühl, dass man mit Methadon auf legale Weise abhängig gemacht wird.
- Heroin schadet dem Körper weniger als Methadon oder: Methadon schadet dem Körper mehr als Heroin.
- Wenn ich die Nulldosis erreicht habe, fühle ich mich ungeschützt und dadurch psychisch instabil oder: Wenn ich die Nulldosis erreicht habe, kommt es zu Rückfällen, was mich psychisch instabil macht.
- Wenn ich mich psychisch instabil fühle, erhöhe ich die Methadondosis, um mich psychisch wieder zu stabilisieren.
- Ich habe auch schon die Methadondosis erhöht, um nach einem Rückfall die dadurch ausgelösten Frustrations- und Enttäuschungsgefühle zuzudecken.
- Es ist frustrierend eine höhere Methadondosis einzunehmen als nötig wäre Generell soll die Methadondosis so tief wie möglich sein.
- Es ist besser, sich auf einer tieferen Dosis einzupendeln.
- Methadon hilft mir kein Heroin zu konsumieren, was mitunter dazu beiträgt, dass ich mich psychisch stabilisieren kann.
- Ich habe im Grunde genommen den Wunsch, Heroin zu konsumieren, ohne davon abhängig zu werden / ohne mich davon abhängig zu fühlen.
- Langfristig möchte ich ganz frei sein von illegalen Drogen und auch vom Methadon.
- Man sollte sich auf einer möglichst tiefen Dosis stabilisieren
- Wenn man sich mit Methadon behandeln lässt, sollte man allem voran dafür sorgen, dass man eine möglichst tiefe Methadondosis hat bzw. die Methadondosis nicht zu hoch wird bzw. die Methadondosis nicht höher ist, als dass man eigentlich benötigen würde.
- Mit Methadon kann man sich nur stabilisieren, wenn man eine möglichst tiefe Dosis hat.
- Eine höhere M-Dosis ist ein klarer Hinweis dafür, dass jemand eine stärkere Opiatabhängigkeit hat. Eine tiefere M-Dosis ist ein Hinweis dafür, dass die Opiatabhängigkeit weniger stark ist.
- Der Methadonentzug ist umso härter, je länger die vorgängige Methadonbehandlung gedauert hat und je höher die Methadondosierung während dieser Behandlungsdauer war.
- Eine tiefe Dosis garantiert, dass man den Methadonentzug überhaupt noch schaffen kann.
- Ich strebe nur schon deswegen einen Methadonentzug an, damit ich nicht zu lange ohne Unterbruch Methadon nehmen muss und nicht abhängig werde davon.
- Ich strebe nur schon deswegen einen Methadonentzug an, damit ich nicht zu lange ohne Unterbruch Methadon nehmen muss, was einen endgültigen Methadonentzug enorm erschweren würde.
- Es ist mir lieber eine tiefe Methadondosis zu haben und daneben etwas Heroin zu konsumieren, als eine hohe M-Dosis zu haben und vom Methadon abhängig zu werden.
- Wenn ich eine zu hohe Methadondosis einnehme, verliere ich die Kontrolle über mich, weshalb ich es nicht mag, wenn mich Ärzte oder Institutionen auffordern, höhere/hohe Methadondosen einzunehmen.
- Wenn man vom Arzt aufgefordert wird, eine hohe Methadondosis einzunehmen, kann man verführt werden eine höhere Dosis als nötig zu nehmen und dadurch die eigenen Ziele aus den Augen zu verlieren.
- Wenn man die Hilfe der Behandler annimmt und sich auf höheren Methadondosen einstellen lässt, als man eigentlich möchte, steht man plötzlich ohne es zu bemerken mit einer Dosis da, die unnötig hoch ist und die man dann alleine (ohne Hilfe des Behandlers) wieder abbauen muss.

S6:

- Methadon macht abhängiger als Heroin, weil der M-Entzug länger dauert als der H-Entzug.
- Methadon ermöglicht Heroin abhängigen Personen sich in die Gesellschaft zu integrieren und einer normalen Arbeit nachzugehen.
- Ich nehme Methadon vor allem um die Schmerzen im Zusammenhang mit Heroin-Entzugserscheinungen zu verhindern.
- Als ich begonnen hatte, Methadon zu nehmen, war es für mich wie ein Zaubermittel, weil ich keine Entzugsschmerzen mehr hatte, entpuppte sich dann nicht als solches, weil der M-Entzug schlimmer ist als der H-Entzug.
- Ich nehme oft weniger Methadon ein, als ich vom Arzt oder Apotheker beziehe und bewahre den Rest zur Sicherheit auf.
- Ich nehme oft weniger Methadon ein, als ich vom Arzt oder Apotheker beziehe und bewahre den Rest auf, damit ich genügend Reserven habe, falls mir das Methadon abgesetzt wird.
- Ich nehme oft weniger Methadon ein, als ich vom Arzt oder Apotheker beziehe und bewahre den Rest auf, damit ich, wenn ich Heroin nehme, die Entzugserscheinungen mit etwas mehr Methadon abschwächen kann, ohne dass mein Arzt das merkt.
- Abstinenter ist man erst dann, wenn man kein Heroin mehr konsumiert und kein Methadon mehr einnimmt.
- Abstinenter ist man auch dann, wenn man zwar Methadon einnimmt, aber kein Heroin mehr konsumiert.
- Wenn man seine Probleme wirklich lösen will, muss man zuerst abstinent werden.

- Wenn man seine Probleme wirklich lösen will, muss man sich zuerst einmal mittels Methadon über längere Zeit stabilisieren.
- Ich warte lieber mit dem Methadonabbau, bis ich es geschafft habe, aus beruflichen, sozialen, gefühls- und beziehungsmässigen Problemen herauszukommen.
- Um aus beruflichen, sozialen, gefühls- und beziehungsmässigen Problemen herauszukommen, muss man zuerst das Methadon abbauen.
- Wenn ich keine wiederkehrenden psychischen Probleme hätte, könnte ich ohne Mühe abstinenter sein.
- Wenn man es schafft, während einer gewissen Dauer abstinenter zu sein, kann man ohne negative Konsequenzen zur Belohnung Drogen konsumieren.
- Abstinenz alleine ist noch kein Grund sich zu belohnen.
- Wenn ich es geschafft habe, mich auf einer möglichst tiefen Dosis einzupendeln, ohne dass ich Entzugssymptome habe, neige ich dazu, mich dafür zu belohnen.
- Wenn ich es geschafft habe, mich auf einer möglichst tiefen Methadondosis einzupendeln, ohne dass ich Entzugssymptome habe, steigt meine Motivation, das Methadon ganz abzubauen und gar kein Heroin mehr konsumiere.
- Man kann das Selbstwertgefühl erst dann ins Lot bringen, wenn man das Methadon ganz abgebaut habe.
- Man muss sich zuerst mit Methadon stabilisieren, bevor man sein Selbstwertgefühl wieder ins Lot bringen kann.
- Hatten jemals erlebt, dass sie aus institutionellen Gründen das Methadon abrupt von auf Null abbauen mussten und dabei sehr gelitten hatten?
- Ich strebe nur schon deswegen eine möglichst tiefe Dosis an, damit ich nie wieder die Erfahrung machen muss, von einer höher Dosis abrupt abbauen zu müssen (z.B. im Gefängnis oder in einer Klinik).
- Man kann erst dann seriös einen Job suchen, wenn man kein Methadon mehr hat.
- Man bekommt erst dann einen Job, wenn man kein Methadon mehr hat.
- Man kann sich erst dann wieder in die Gesellschaft eingliedern, wenn man kein Methadon mehr hat.
- Man wird von der Gesellschaft erst aufgenommen, wenn man kein Methadon mehr hat (Booth: Kreditierung, Historisierung).
- Je länger der Zeitraum der Methadoneinnahme gewesen ist, desto länger und dauert der Methadonentzug.
- Ich weiss, dass ich praktisch lebenslanglich Methadon einnehmen muss.
- Wenn ich Probleme habe, bekomme ich das verlangen nach Heroin und zwar unabhängig von der Methadondosis.
- Ich versuche meine Probleme nicht durch Drogenkonsum zu lösen, wenn ich auf einer genügend hohen Methadondosis eingestellt bin.
- Wieso soll ich eine höhere Dosis einnehmen, die jemanden, der kein Heroin konsumiert, umbringen würde.
- Es macht mir Mühe, wenn mir der Arzt sagt, ich solle eine Dosis einnehmen, die für einen normalen Menschen tödlich wäre.
- Was ist mit Patienten, die sehr viel höhere Dosen als nötig konsumieren, um zu flätschen (fühlen z.B. wie in Watte eingepackt)?
- Ich lasse mich nur dann auf eine höhere Methadondosis ein – und das auch nur für möglichst kurze Dauer -, wenn ich zu viel Heroin konsumiert habe und das wieder auffangen muss mit Methadon.
- Erst wenn ich unter die Anfangsdosis gehe – in der Regel liegt die bei 30 mg -, habe ich das Gefühl, auf dem Weg zur Abstinenz zu sein.
- Es ist unsinnig, die Anfangsdosis zu unterschreiten, weil die Behandlung unter dieser Dosis ja nicht mehr wirksam ist.
- Im Grunde genommen will jeder Arzt, dass seine Patienten sich über mehrere Monate auf einer gewissen Methadondosis stabilisieren und dann aber versuchen sollen, das Methadon abzubauen.
- Man darf sich nicht verleiten lassen von den Behandelnden, höhere Methadondosen zu nehmen, weil man sich damit wie aufgeben würde.
- Wenn ich im Gespräch mit dem Arzt erreiche, eine tiefere M-Dosis zu beziehen, dann fühle ich mich gut.
- Jemand, der sich über längere Zeit hohe M-Dosen geben lässt, hat sich aufgegeben.
- Die Höhe der Methadondosis zeigt wie stark jemand vom Heroin abhängig ist.
- Für jeden Patienten in Methadonbehandlung ist eine andere Dosis indiziert.
- Für Personen mit hohen Methadondosen besteht weniger Hoffnung auf den Drogenausstieg als für Personen mit tiefen Dosen.
- Eine M-Dosis ist von 30 mg an abwärts tief.
- M-Dosen unter 30 mg sind tief.
- Methadon-Dosen sind erst dann zu tief, wenn es die Funktion X nicht mehr erfüllt.
 - o Methadon-Dosen sind erst dann zu tief, wenn es mich nicht mehr schützt vor Nebenkonsum.
 - o Sobald ich wieder beginne, H. zu konsumieren, ist die Methadondosis zu tief.
- Ob ich Heroin konsumiere oder nicht hängt von mir selber ab, nicht von der Methadondosis.
- Ich kann mit meinem Willen steuern, ob ich Heroin konsumiere oder nicht und zwar unabhängig von der Methadondosis.
- Je weniger Methadon ich nehme, desto motivierter bin ich, weil ich weiss, dass ich das Methadon bald abgebaut haben werde.
- Ich fühle mich gut, wenn ich weiss, dass ich weniger Methadon einnehme als die meisten anderen Methadonbezügler.
- Je tiefer die M-Dosis ist, desto besser steht man vor dem sozialen Umfeld da.
- Erst wenn ich mich besser fühle, denke ich daran, die M-Dosis zu reduzieren.
- Erst wenn ich mich sozial wieder ein Stück weit eingegliedert habe, kann ich das Methadon langsam wieder abbauen.
- Methadon-Dosiserhöhung bedeutet jeweils, dass ich wieder von vorne beginnen muss.

- Eine Methadon-Dosiserhöhung nehme ich in der Regel vor, um mich zu schützen.
- Ich habe auch schon die Methadondosis nach oben korrigiert, als ich mich psychisch instabil gefühlt habe.
- Ich habe mir auch schon zu Hause ein M-Depot angelegt, um mich abzusichern, falls ich aus dem M-Program ausgeschlossn würde.
- Wenn mein Arzt UP's Kontrollen durchführt, hilft mir das, keine illegalen Drogen zu konsumieren.
- Wenn man es geschafft hat, das Methadon unter 30 mg abzubauen, werden die Gefühle positiver bzw. nehmen depressive Verstimmungen ab.
- Wenn man es geschafft hat, das Methadon unter 30 mg abzubauen, erlebt man vermehrt den Wunsch, sich für diesen mühsamen Abbauprozess zu belohnen, indem man etwas konsumiert.

D6:

- Ich wünsche mir im Rahmen des Methadonprogramms intensiver begleitet zu werden.
- Ich möchte meinen Beikonsum (wann und wieviel Heroin, Kokain usw.) gerne mit meiner Betreuungsperson offen planen.
- Ich werde erst von den Drogen wegkommen, wenn ich weiss, weshalb ich begonnen habe Drogen zu konsumieren.
- Vertrauen ins Methadon, setzt Vertrauen in mich selbst voraus.
- Solange im Methadonprogramm ist, ist man grundsätzlich immer noch drogenabhängig.
- Den Lebensabschnitt der Drogenabhängigkeit kann man erst dann abschliessen und hinter sich lassen, wenn man kein Methadon einnehmen muss.
- Ich kann erst ein normales Leben führen, wenn ich kein Methadon mehr einnehmen muss.
- Ich kann erst ein normales Leben führen, wenn ich mich mit Methadon stabilisiert habe.
- Um ein normales Leben führen zu können, muss ich das Methadon nicht abbauen.
- Wenn ich Heroin konsumiere, habe ich am darauffolgenden Tag das Gefühl, versagt zu haben.
- Um zu vermeiden, dass ich auch noch Methadon abhängig werde, erhöhe ich die Methadondosis nicht, obwohl ich immer wieder Heroin konsumiere.
- Methadon hilft mir, mich nach einem Heroinabsturz wieder aufzufangen.
- Methadon kann nicht verhindern, dass man ab und zu Heroin konsumiert.
- Ich konsumiere Heroin, egal ob ich viel oder wenig Methadon nehme.
- Methadon kann meine Heroinabstürze nicht verhindern, aber mich nach einem Heroinabsturz wieder auffangen.
- Wenn ich schlecht drauf bin, reduziere (reguliere) ich manchmal die Methadondosis, damit es mir wieder besser geht.
- Wenn ich schlecht drauf bin, versuche ich den Arzt zu überzeugen, dass er mir die Dosis reduziert, damit ich wieder besser drauf bin.

Z24:

- Methadon ist grundsätzlich kein gutes Medikament, weil die meisten den Entzug vom Methadon nicht schaffen und dann Heroin und Methadon konsumieren.
- Methadon ist ein schlechtes Medikament, weil der Methadon-Entzug zu lange dauert, unberechenbar und sehr schmerzhaft ist.
- Der Vorteil des Methadons ist, dass man einen konstanten Spiegel hat.
- Der Nachteil der Methadonbehandlung ist es, dass man konstant auf einem Spiegel gehalten wird.
- Wenn man arbeiten will, hilft einem das Methadon dabei, weil man dem Heroin nicht nachrennen muss.
- Mit Methadon wird man nicht wirklich befreit.
- Seit ich in der Methadonbehandlung bin, fühle ich mich weniger frei als zuvor.
- Ich lehne den Methadonentzug ab.
- Das Methadon macht die Sucht zwar erträglicher, zieht sie jedoch in die Länge.
- Das Methadon führt dazu, dass man sich in der Sucht bequem einrichten kann.
- Obwohl mir das Methadon geholfen hat, kein Heroin mehr zu konsumieren, kann ich meine anderen Probleme im Rahmen meiner Methadonbehandlung nicht lösen.

- Einerseits hilft mir das Methadon, dass ich kein Heroin mehr konsumiere, andererseits kann ich meine wirklichen Probleme nicht lösen, solange ich Methadon nehme.
- Wenn mir das Methadon dazu verholfen hat, dass ich kein Heroin mehr konsumiere, habe ich mein Problem gelöst und ich kann getrost das Methadon wieder abbauen.
- Wenn mir das Methadon dazu verholfen hat, dass ich kein Heroin mehr konsumiere, habe ich wie die Voraussetzungen geschaffen, um meine Probleme zu lösen.
- Solange jemand irgendwelche Substanzen (auch Methadon) konsumiert, kann er seine Probleme nicht lösen.
- Sowohl Heroin als auch Methadon dämpfen meine Gefühle und Gedanken so stark, dass ich das Methadon abbauen und auch kein Heroin mehr konsumieren will.
- Sowohl Heroin als auch Methadon dämpfen meine Gefühle und Gedanken so stark, dass ich mich so zuwenig spüre und meine Probleme nicht lösen kann.
- Ich habe die Erfahrung gemacht, dass ich mit einer tiefen Methadondosis meine Gefühle intensiver erlebe.
- Ich wehre mich gegen eine zu hohe Methadondosis, weil mir zu viel Methadon meine Gefühle raubt.
- Ich habe die Erfahrung gemacht, dass wenn ich das Methadon zu stark abbaue, ich plötzlich komische und unangenehme Gefühle erlebe.
- Wenn ich komische und unangenehme Gefühle erlebe, erhöhe ich oft die Methadondosis, damit ich diese weniger erleben muss.
- Ich bin mit der Absicht ins Methadonprogramm eingetreten, mich von der Gefühlsmonotonie zu erlösen, die man erlebt, wenn man Heroin konsumiert.
- Methadon dämpft die Intensität meiner Gefühle.
- Methadon ermöglicht mir erst, mich mit meinen Gefühlen auseinander zu setzen.
- Methadon macht meine Gefühle erst erträglich.
- Methadon verhindert, dass ich das Leben erlebe.
- Der Verlauf des Methadonentzugs hängt primär von den persönlichen Umständen, dem persönlichen Befinden und vom persönlichen Umfeld ab, erst dann von der Methadondosis und M-Dauer.
- Der Verlauf des Methadonentzugs ist unabhängig von der Ausgangsdosis. Er ist abhängig von, wie man damit umgehen kann, wenn man auf die letzten 5 mg verzichten muss (absoluter und nicht relativer Prozess).
- Wenn man den M-Entzug geschafft hat, ist man zunächst euphorisch, was einem jedoch nichts nützt, weil man früher oder später eh wieder abstürzt.
- Methadon ist ein gutes Medikament für eine Jahre lange Substitution.
- Methadon bewirkt, dass sich das eigene Temperament, die eigene Identität und die eigene Persönlichkeit abgeschwächt oder nivelliert wird.
- Die Methadondosis ist dann zu hoch, wenn man schläfrig, belämmert ist.
- Eine zu hohe M-Dosis konsumiert nur jemand, der sich ruhig stellen möchte.
- Methadon ist kein Medikament, sondern eine weitere Droge. Zudem raubt es einem das Temperament, die Gefühle.
- Methadon ist nicht gut für Jahre lange Substitution, sondern gut als Entzugshilfe bevor man davon abhängig ist.
- Wenn man bei zu tiefer Methadondosis Entzugserscheinungen hat, dann fördert dies den Nebenkonsument.
- Ich bevorzuge eine tiefe Methadondosis, damit ich die Methadonbehandlung aus eigener Kraft wieder beenden kann.
- Wenn man auf eine zu hohe Methadondosis eingestellt ist, beginnt man es sich einzurichten und mogelt sich so durch ein künstliches Leben.
- Eine optimale Methadondosis hat man dann, wenn man weder Entzugssymptome noch Nebenwirkungen hat durch das Methadon.
- es beeinflusst meine Einstellung zum Methadon negativ, wenn ich um Leute herum bin, die jahrelang auf Methadon sind bzw. auf Methadon bleiben.

- Irgendwann während der Methadonbehandlung verliert man die Orientierung, ob es sich bei körperlichen Beschwerden um Entzugssymptome handelt oder davon unabhängige körperliche Beschwerden. Die Abstinenz soll einem die Möglichkeit geben, darauf eine Antwort zu geben.
- Die ersten paar Methadonentzüge gingen einher mit dem Gefühl der Selbstwirksamkeit. Das Gefühl der Selbstwirksamkeit stellt sich nach wiederholtem Abstinenzversuch nicht mehr ein, wenn sich die Erfahrung einer ES-freien Abstinenz nicht einstellt.
- Negative Entzugserfahrungen bestimmen die Einstellung zum Methadon weitgehend.

T2:

- Durch das Methadon wird man sich seiner Opiatdependenz erst so richtig bewusst.
- Es spielt keine Rolle, wie hoch die Methadondosis ist, wenn man genügend Geld hat, konsumiert man automatisch mehr Heroin, Kokain oder andere Drogen.
- Auch wenn ich vorübergehend das nötige Geld hätte, würde ich nicht vermehrt Drogen konsumieren, weil ich auf einer optimalen Methadondosis eingestellt bin.
- Wenn ich H. konsumieren will, schaue ich, dass ich an besagtem Tag möglichst wenig Methadon einnehme, damit das H. seine Wirkung auch ganz bestimmt entfalten kann.
- Methadon erlebe ich wie eine zusätzliche Droge zum Heroin, weil der Methadonentzug anders verläuft als der Heroinentzug.
- Es bringt nichts, die Methadondosis zu reduzieren, nur weil Leute aus dem Umfeld dies erwarten.
- Mit einer tiefen Methadondosis werde ich von meinem Umfeld besser akzeptiert.
- Es bedeutet mir viel, wenn ich die Methadondosis reduzieren kann und meine eigenen und diejenigen Methadondosen des Umfeldes immer wieder von neuem unterbieten kann.
- Die optimale Methadondosis ist für mich möglichst tief, damit ich das Methadon möglichst schnell und schmerzlos abbauen kann.
- Die optimale Methadondosis befindet sich da, wo ich weder Entzugssymptome noch Nebenwirkungen habe.
- Die M-Dosis ist dann optimal, wenn sie mir mitunter ermöglicht, mich zu stabilisieren und weiterzukommen.
- Die optimale Methadondosis ist abhängig von der Methadonabbaugeschwindigkeit.

Z2:

- Mit Methadon kann ich mein Heroinproblem in Ruhe loswerden.
- Eigentlich ist es unsinnig, sich mit Methadon behandeln zu lassen, weil man sich damit eine zusätzliche Abhängigkeit auflädt (Phase1).
- Wenn Heroinbeikonsum nicht dazu führen würde, dass man dann wieder mehr Methadon nehmen muss, würde ich regelmässig neben dem Methadon auch Heroin konsumieren (Phase 1).
- Wenn man bei Leuten mit hohen (Dosen ab.....mg) Methadondosen einige Milligramme streichen würden, täten diese es gar nicht merken.
- Ich nehme mehr Methadon als ich eigentlich möchte, weil mein Arzt mir diese Dosis empfohlen hat.
- Der Methadonabbau von einer tieferen Methadondosis ist weniger hart als von einer höheren Ausgangsdosis.
- Erst wenn man es wagt, sich auf einer tiefen Methadondosis einzupendeln, ermöglicht einem das die Erfahrung, dass es genauso mit wenig Methadon geht.

T18:

- Methadon wäre an sich schon ein gutes Mittel, es ist jedoch mühsam, dass man es regelmässig nehmen muss.
- Eigentlich nehme ich mit Methadon eine zusätzliche Droge, die körperlich ungesund ist, habe aber nicht einmal eine gut Wirkung davon.
- Wenn man Methadon nicht regelmässig nimmt, ist es Körper schädigend.

- Es ist gut, dass ich das Methi regelmässig einnehmen muss, weil es mir dabei hilft, eine Struktur aufzubauen, was mir mitunter ermöglicht, mich zu stabilisieren.
- Ich höre erst dann auf Heroin zu konsumieren, wenn mir das Methadon genügend Sicherheit bzw. das Gefühl gibt, dass ich kein Heroin mehr konsumieren muss.
- Das Methadon ersetzt mir auch gefühlsmässig das Heroin.
- Das Methadon bietet mir ein ähnliches Gefühl der Sicherheit wie das Heroin.
- Man sollte nicht über längere Zeit hohe Methadondosen nehmen, weil man sich dadurch körperlich schädigen könnte.
- Je mehr Methadon ich konsumiere, umso mehr entferne ich mich vom normalen Leben.
- Je mehr Methadon ich konsumiere, umso mehr entferne ich mich von mir selbst.
- Je mehr Methadon ich konsumiere, umso mehr entferne ich mich von der Gesellschaft.
- Je mehr Methadon ich konsumiere, umso minderwertiger fühle ich mich.
- Je höhere Methadondosis man konsumiert, desto weniger Selbstvertrauen hat man.
- Ich muss mich vom Methadon befreien, damit ich im Leben weiterkomme.
- Entscheidend dafür, ob ich im Leben weiter komme ist nicht die Methadondosis, sondern, ob ich meine sonstigen Konflikte lösen kann.
- Man kann auch mit einer hohen Methadon Erfolg haben im Leben.
- Wie soll ich im Leben weiter kommen, wenn ich so viel Methadon einnehmen muss.
- Methadon unterstützt mich bei der Bewältigung von Alltagsanforderungen.

T13:

- Methadon hilft mir dabei, irgendwann einmal ohne Opiate leben zu können.
- Es ist wichtig zu lernen, mit Methadon umzugehen, da eine kurzfristige Methadonbehandlung keinen Sinn macht.
- Am besten stellt man sich schon von Anfang an auf eine langfristige Methadonbehandlung ein.
- Mein Ziel ist es zunächst, dass ich lerne mit dem Methadon umzugehen.
- Die Methadondosis zeigt an, wie stark meine Opiatabhängigkeit ist.
- Indem ich die Methadondosis reduziere, reduziere ich auch gerade meine Opiatabhängigkeit.
- Ich bin nur bereit eine höhere Methadondosis einzunehmen, wenn diese dazu dient, sich wieder aufzufangen, nachdem mich irgendetwas aus dem psychischen Gleichgewicht geworfen hat.
- Eine hohe Methadondosis kann mich zwar auffangen, wenn ich aus meinem psychischen Gleichgewicht gefallen bin, um mich langfristig zu stabilisieren, braucht es eine tiefe Methadondosis.
- Ich lasse mir nur dann eine hohe Methadondosis verschreiben, wenn mich Heroin-Nebenkonsum aus dem Gleichgewicht geworfen hat. Ansonsten lasse ich mich nur stabilisieren mit tiefen Methadondosen.
- Das wichtigste bei der Methadonbehandlung (an sich) ist die tiefst-mögliche Dosis zu nehmen, bei der man gerade keine Entzugssymptome mehr hat
- Eine hohe Methadondosis schützt mich vor Kokainkonsum.
- Ob man Kokain konsumiert hängt nicht von der Methadondosis ab, sondern von einem selber.

T11:

- Methadon hilft mir dabei, Heroin und/oder Kokain kontrolliert konsumieren zu können.
- Eigentlich möchte ich kontrolliert Drogen konsumieren können, ohne in Methadonbehandlung sein zu müssen.
- Ich kann mir vorstellen, (mich) über Jahre hinweg substituieren (zu lassen) zu bleiben.
- Ich lasse mich mit Methadon substituieren, wäre insgeheim jedoch froh, wenn ich das Methadon absetzen könnte.
- Es ist immer sinnvoll, die Methadondosis zu reduzieren.
- Je mehr ich die Methadondosis reduziere, desto sicherer fühle ich mich.
- Das Gefühl der Sicherheit stellt sich oft schon dadurch ein, wenn ich die Methadondosis reduziere.

- Wenn ich mich im Rahmen der Methadondosis unsicher und orientierungslos fühle, reduziere ich oft die Methadondosis, weil ich erfahrungsgemäss weiss, dass mich das sicherer stimmt.
- Je tieferer meine Methadondosis ist, desto unabhängiger fühle ich mich.
- Ich erlebe es als Kränkung, wenn mir der Arzt Methadon gibt.
- Jemand mit einer höheren Methadondosis hat den gleich belastenden Entzug wie jemand mit einer tieferen Dosis.
- Das Methadon ist ein starkes Medikament, das schädlich ist für den Körper.
- Ich erwarte negative körperliche Auswirkungen von dem, was ich schon an Methadon bis jetzt eingenommen habe und noch einnehmen werde.
- Die Methadondosis ist dann optimal, wenn, es einem wohl ist, man kontrolliert, frei wählbar sowohl Heroin als auch Kokain konsumieren kann, ohne die Angst haben zu müssen, wieder von diesen Substanzen abhängig zu werden, jedoch mit dem Wissen, dass diese im Rahmen der tiefst-mögliche Methadondosis zu erreichen.
- Die Methadonbehandlung begleitende Psychotherapie ist gut, wenn man noch jung ist und wenn man aus psychischen Gründen Drogen konsumiert.
- Die Methadonbehandlung führt mir immer wieder aufs neue vor Augen, dass ich drogenabhängig bin, was mich in verschiedenen Situationen minderwertig stimmt, weil man Vorurteile auf sich zieht (z.B. im Spital, auf Wohnungs- und Jobsuche).

S6:

- Es passiert mir hin und wieder dass ich das Methadon reduziere auf wenige Milligramme, dann wieder Heroin konsumiere und dann mit dem Methadon wieder auf einer höheren Dosis einsteigen muss.
- Ich habe die Strategie, dass ich mehr Methadon beziehe in der Methadonabgabestelle als ich tatsächlich konsumiere. Den Teil, den ich nicht konsumiere, bewahre ich im Kühlschrank für Notfälle auf.
- Ich beziehe mehr Methadon als dass ich einnehme, was mir ermöglicht ab und zu, Heroin zu konsumieren und diesen Konsum mit den gesammelten Methadonmengen wieder auszugleichen.
- Mein Behandlungsstrategie ist es auf ca. 15 mg Methadon zu reduzieren, dann auf Subutex umstellen, dieses dann innerhalb von ca. zwei Wochen auf Null zu reduzieren, damit man nicht abhängig wird vom Subutex und dies dann auch noch entziehen muss.
- Weil mein Arzt hochschwellig ist, schaffe ich mir kontinuierlich ein Depot (weniger Konsum als Bezug), um Beikonsum vor dem Arzt verbergen zu können.
- Wenn ich keine psychosozialen Probleme (Beziehungstrennung, Arbeitslosigkeit) hätte, könnte ich es schon schaffen, abstinent zu werden und zu bleiben. Andererseits nehme er auch Drogen, um sich zu belohnen, wenn er es über längere Zeit geschafft, Abstinenz zu werden.
- Je weniger Methadon sie habe, umso motivierter sind sie ganz davon wegzukommen, umso tiefer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie dreinkonsumieren, umso weniger Geduld haben sie noch weiterhin Methadon einzunehmen, umso mehr beschleunigen sie den Entzug und damit den Methadonabbau und damit die Gefahr des zu schnellen Abbaus.
- Obwohl es schwierig ist, abstinent zu sein und ich schon gescheitert bin, erreichte Abstinenz aufrechtzuerhalten überwiegen die Vorteile (höheres Selbstwertgefühl, sehe optisch besser aus, keine Methistempel, sauber usw.), die eine Abstinenz mit sich bringt; dies veranlasst mich dazu dass ich nach wie vor nach Abstinenz strebe.
- Erst wenn ich abstinent bin von Methadon werde ich von der Gesellschaft als normaler Bürger aufgenommen und von den Arbeitgebern als potentiellen Arbeitnehmer in Betracht gezogen.
- Je länger die Methadoneinnahme, desto mehr lagert sich Methadon im Fettgewebe und in den Zellen ab, desto länger dauert der Entzug.
- Ich zweifle daran, ob eine hohe Methadondosis dazu führt, dass man weniger das „Reissen“ Heroin zu konsumieren oder ob das „Reissen“ nicht viel mehr durch äussere Umstände (Job, Wohnung, Freundin) bedingt ist.
- Eine Methadondosis von 50 mg ist hoch, weil normal 50 mg Methadon tödlich sind.

- Patienten mit sehr hohen M-Dosen kämpfen nicht mehr, geben sich einfach auf; sie nehmen oft Benzos, um auch bei hohen M-Dosen noch ein Flash zu erleben.
- 30 mg ist darum eine tiefe Dosis, weil es die Anfangsdosis ist (Behandlungsevaluation)
- je tiefer desto motivierter, desto besser geht es einem psychisch und physisch; Dosiserhöhung bedeutet, dass man wieder von vorne beginnen kann.
- Er konsumiere nicht so viel wie vom Arzt bezogen, weil der Arzt UP mache und streng sei, wobei er bei einer negativen UP die Situation überbrücken könne, wenn er rausfliege aus dem Programm.
- Bei Null Milligramm Methadon habe ich das Gefühl, das Leben im Griff zu haben.
- Bei 25 mg werden die Gefühle positiver, weil man sich nach nach einem erfolgreichen Methadonabbau ausruhen darf. Es kommt oft zu Beikonsum in dieser Phase, weil man sich belohnt oder weil man noch einmal Heroin konsumiert bevor man dann ernsthaft in den Entzug gehe oder man schlicht aus Angst vor dem Endzugs-Endspurt Heroin konsumiert.

S12:

- Ich habe Methadon konsumiert, weil es mich psychisch stabilisierte.
- Als ich Heroin nahm, ging es mir psychisch besser, so habe ich gedacht, dass es mir mit Methadon auch besser gehen würde.
- Methadon würden ihr helfen, unkontrollierbare psychische Zustände wie Angst, Halluzination usw. zu kontrollieren.
- Methadon würde ihr helfen psychotisches Erleben kontrollierbar zu machen.
- Der Methadonentzug führt zu einer psychischen Instabilisierung (z.B. tritt psychotisches Erleben auf bzw. steigt die Angst vor unkontrollierbaren psychischen Zuständen).
- Methadon macht den Magen kaputt
- Ich habe primär Angst vor dem Methadonentzug, wegen der psychischen Destabilisierung, die das mit sich bringt.
- Ich werde von einem Teil meines sozialen Umfeldes dahingehend unter Druck gesetzt, dass ich das Methadon abbauen soll.
- Methadon hilft mir, mein psychisches Gleichgewicht zu stabilisieren.
- Die Einnahme von zu viel Medikamenten kann zu Lebersorgen führen, deshalb schaue ich, dass ich nie zu viel Methadon einnehme über länger Zeit.
- Ich habe Angst, dass wenn man mir eine immer höhere Methadondosis anböte, ich davon immer mehr nehmen würde und dem nichts entgegenhalten könnte.
- Die Einnahme von Methadon ist nicht Voraussetzung dafür, dass ich im Rahmen der Methadonbehandlung das Behandlungsziel erreiche, sondern der Methadonabbau ist das Ziel selber.
- Bis jetzt habe ich mein Behandlungsziel im Rahmen der Methadonbehandlung nie erreicht, weil ich es nie schaffte, das Methadon abzubauen.
- Ich nehme nur soviel Methadon, dass ich mich körperlich nicht zu stark belaste, aber trotzdem psychisch stabil bleibe.
- Ich fühle mich im Rahmen der Methadonbehandlung permanent unter Druck, weil ich mir laufend Zeitlimiten setze, innerhalb derer ich das Methadon einen weiteren Schritt abbauen muss – umso deprimierender ist es denn auch, wenn ich die Dosis wieder erhöhen muss, weil ich einen Rückfall hatte.
- Wenn es mir psychisch nicht gut geht, dann halte sie die Methadondosis eher konstant, wenn es ihr psychisch wieder besser gehe, dann neige sie eher dazu, das Methadon abzubauen.
- Ob jemand 80 oder 120 mg Methadon konsumiere mache keinen Unterschied; insofern sei es sinnlos, sich auf 120 mg Methadon einstellen zu lassen.

- Patienten mit hohen Methadondosen seien Menschen, die immer mehr wollen, was in der Natur des Menschen liege, dass man immer mehr von etwas möchte, mitunter weil man eine psychische Befriedigung sucht oder sonstigen psychischen Gründen.
- Lediglich Patienten, die ans Abbauen denken, geben diesem Wunsch nach immer mehr nicht nach und streben in die Gegenrichtung.
- Patienten, die hohe Methadondosen konsumieren, tun dies weil es ihnen langweilig ist.
- Patienten, die hohe Methadondosen konsumieren, tun dies, weil sie damit versuchen, sich zu strukturieren.
- Patienten, die hohe Methadondosen konsumieren, tun dies, weil sie damit ihre innere Leere überwinden möchten.
- Patienten erhöhen nur dann die Methadondosis, wenn sie einen Nebenkonsum hatten oder wenn sie ein psychisches Erlebnis suchen.
- Ob man bei tiefen Methadondosen Heroin konsumiert ist nicht abhängig von der Höhe der Dosis, sondern von der psychischen Verfassung bzw. die psychische Reaktion auf das Wegfallen des Konsumrituals.
- Zwischen der Dosis X und Y kann man irgendeine Dosis konsumieren, es hat keinen Einfluss auf die Wirkung, weshalb ich immer diejenige Dosis anstrebe, die möglichst nahe bei X liegt.
- Die Funktion des Methadons liegt darin, dass man ab einer bestimmten Dosis keine körperlichen Schmerzen, keine unangenehmen psychischen Bedürfnisse spürt und dass man keine komischen Gedanken mehr denkt.
- Ich konsumiere keine hohen Methadondosen, weil man ab einer bestimmten Methadondosis wie zugehörnt ist und einem die Realität als unwirklich bzw. wie in einem Film erscheint.
- Die Höhe der Methadondosis ist abhängig von der Höhe des Vorkonsums und der Heroinalität auf der Gasse.
- Patienten haben Angst vor höheren Methadondosen, weil sie Angst haben, dass sie die Kontrolle über sich verlieren und strukturlos werden könnten.
- Die Methadondosis sei dann optimal eingestellt, wenn man sich im psychischen Gleichgewicht befindet (z.B. innerlich ruhig und keine psychischen Symptome wie Halluzinationen), die Gedanken und die Wahrnehmung kontrollieren kann.
- Methadon kann den Konsumgedanken nichts entgegenhalten.
- Aus körperlicher Sicht liegt die optimale Dosis tiefer als aus psychischer Sicht; Beispielsweise erhöhe ich das Methadon wenn es mir psychisch nicht gut geht, bis ich mich psychisch wieder stabilisiert habe. Dies bringe einem jedoch erneut unter psychischen Druck, weil man dann weiss, dass man ja das Methadon wieder abbauen muss.
- Je höher die Methadondosis ist, desto stärker nimmt der psychische Druck zu, weil man weiss, dass es mit zunehmender Dosis schwieriger wird, das Methadon wieder abzubauen.
- Eine zu hohe Dosis macht einem Angst, weil man dann die Kontrolle verlieren kann.
- Eine zu hohe Dosis macht einem Angst, weil wenn man dann kein Methadon mehr hat, man wieder auf die Gasse angewiesen ist und dann die ganze Problematik wieder von Neuem beginne.
- Ich akzeptiere die vom Arzt empfohlene Methadondosis nur, wenn ich den Eindruck habe, dass er mich und meine Lebenssituation erfasst hat.
- Ich habe Mühe die Realität von meinen Phantasien und Gedanken zu unterscheiden, weshalb ich habe vor höheren Methadondosen, weil ich dann die Kontrolle über die Realität vollends verlieren könnte bzw. das Opiat zu einer Eigendynamik führen könnte.
- Ich finde es gut, wenn mich mein Arzt immer wieder dazu an haltet das Methadon abzubauen.
- Es hilft mir, wenn mich mein Arzt immer wieder dazu an haltet, das Methadon zu erhöhen und zu stabilisieren.

T7

- Bei zu hohen Methadondosen bin ich wie zugedeckt, verbringe viel Zeit passiv zu Hause im Bett.
- Die Methadondosis soll so sein, dass man den Tag durchbringt, dass man also innerhalb von 24 Stunden nicht auf Entzug kommt.
- Eine Dosis ist dann zu tief, wenn die Methadondosis die Entzugssymptome nicht mehr deckt.

- Wenn ich die Wirkung des Methadons körperlich nicht mehr merke, weil die Dosis zu tief ist, dann steigt die Angst, vor dem was als nächstes passiert, die Angst vor dem plötzlichen Entzug, vor der realen Landung.
- Ich habe panische Angst vor dem Entzug, weshalb ich dann das Methadon oft mit Heroin aus zu schleichen versuche, um die Entzugssymptome nicht erleben zu müssen.
- Vergleich zwischen Heroin- und Methadonentzug
- Der Methadonentzug ist schlimmer als der Heroinentzug, aber er verläuft noch schlimmer, wenn er einem aufgezwungen wird – z.B. im Gefängnis oder im Rückführungsprogramm -, was mich veranlasst, immer möglichst tiefe Methadondosen zu haben, damit der Fall nicht zu schlimm ist.
- Begriffen hat man die Sache dann, wenn man zur Einsicht gelangt ist, dass es mit der Nulldosis nicht möglich ist.
- Die Patienten streben die Nulldosis an, weil sie sich an etwas heben wollen, weil sie sich an etwas orientieren wollen, wohl wissend, dass sie es mit der Nulldosis nicht schaffen.
- Patienten, die einen Entzug machen wollen, haben die Illusion, dass sie in ein paar Tagen auf Null sind.
- Patienten, die einen Entzug machen, tun sich das nur an, weil sie im Grunde genommen ihr Gewissen beruhigen wollen, vergessen dabei, dass im realen Leben bei ihnen alles beim Alten geblieben ist.
- Patienten die die Abstinenz anstreben leben in Wunschgedanken, die eigentlich eher dazu dienen, ihr Gewissen zu beruhigen, dabei sehen sind sie gar nicht imstande ihre Wünsche umzusetzen.
- Die Therapie im Rahmen einer Therapeutischen Gemeinschaft ist sinnvoll, um die Illusion der Abstinenz zu erkennen, jedoch nicht um die Abstinenz zu erreichen.
- Zeigt die Ernüchterung und die Destabilisierung auf, die man erlebt, wenn man auf abstinenter macht.

T4:

- Eine zu hohe Methadondosis ist schädlich und sollte vermieden werden.
- Wenn eine hohe Methadondosis aufgrund interagierender Medikamente (z.B. HIV-Medis) unumgänglich ist, dann sollte dies als Voraussetzung für die Indikation für das Heroinprogramm gelten.
- Ich finde es ungerecht, wenn interagierende Medis eine hohe Methadondosis notwendig machen.
- Die optimale Methadondosis ist abhängig davon, wie viel und wie lange jemand zuvor Heroin konsumiert hatte.

Z34:

- Mein Ziel ist es das Methadon zu reduzieren und wenn ich dann Entzugserscheinungen bekomme, dann steige ich auf Subutex um.
- Wenn man beabsichtigt, das Methadon zu entziehen, ist es wichtig, möglichst Entzugssymptome zu vermeiden, weil mit den Entzugssymptomen belastende Erinnerungen an frühere misslungene Entzugsphasen evoziert werden, die wiederum Gefühle der Hoffnungslosigkeit, verbunden mit einer enormen Spannung, nach sich ziehen; diese Spannung erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass man wieder zu Heroin greift und die Angst vor dem Methadonentzug massiv verstärkt, was bei wiederholtem Auftreten zu einer Entzugsphobie führen kann und einem die totale Abhängigkeit wieder vor Augen führt.
- Jeder Entzug, der zu Entzugssymptomen führt und Entzugsphantasien evoziert, speichert sich im Sinne einer Neuauflage und Erinnerungsverhärtung im Gedächtnis, wenn auch zu Beginn sehr unbewusst; dies wiederum führt dazu, dass sich mit jeder Neuauflage die unbewusste Angst vor dem Entzug erhöht, die dann mit einem bestimmten Ausmass manifest wird: Entzugsphobie bzw. alles, was mit Entzug assoziiert werden kann, wirkt zunehmend niederschwelliger Angst evozierend (wie unbehandelter Schmerz die Schmerzschwelle runtersetzen kann, i.S. eines Schmerzgedächtnisses).
- Selbst wenn man clean ist, können durch Assoziationen Konsumgedanken und Absturzgedanken ausgelöst werden, die Gefühle, Gedanken und Bilder auslösen, die im Zusammenhang mit Entzugserfahrungen assoziiert sind.
- Entzugssymptome werden immer wieder aufs Konto der Entzugsphobie gebucht und lassen so künftige erfolgreiche Methadonentzüge unwahrscheinlicher phantasieren; Es wird dann wieder Heroinkonsumiert usw.

- Wenn man über längere Zeit hohe Methadondosen konsumiert, sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass man das Methadon je wieder entziehen kann.

Z30:

- Eine zu hohe Methadondosis ist eine Gefahr am Arbeitsplatz, ich würde zum Sozialfall werden, weil ich nicht mehr arbeiten könnte; solche Patienten beginnen dann auch noch Alkohol zu trinken.
- Mit einer zu hohen Methadondosis ist es wie in einem Tagtraum, alles ist verschwommen.
- Jemand, der eine sehr hohe Methadondosis einnimmt, muss Rohypnol oder Toquilone konsumieren, damit er ein „Flash“ hat.
- Patienten, die sehr hohe Methadondosen haben, verkaufen in der Regel ein Teil des Methadons.
- Ich gehe mitunter nicht über 45 mg, weil unter 45 mg die Autoprüfung möglich ist.
- Wenn man arbeitslos würde, sollte man kein Methadon mehr nehmen, weil die Gefahr besteht, dass man zu viel Methadon konsumieren würde, weil es egal wäre, ob man nun müde ist oder nicht bzw. man den Tag in einem Tagtraum verbringt oder nicht bzw. die Realität weniger wahrnimmt oder nicht.
- Mit Methadon begibt man sich in eine Scheinwelt, in der man geschont wird: man hat keine Schmerzen, man hat nicht kalt, man wird verweichlicht.
- Wenn man arbeitslos ist, sollte man besser wieder Heroin konsumieren, weil das ehrlicher ist, als wenn man sich einfach in die Pseudowelt des Methadons begibt (Patient hat enorme Angst vor dem Sog in eine hedonische, realitätsfremde Methadonwelt).

T8:

- Mein oberstes Ziel ist es, den Beikonsum stabilisieren zu können und abstinent sein von Heroin und Methadon.
- Je mehr Methadon man einnimmt, desto brutaler ist es, wenn man äffig ist.
- Die Methadondosis ist abhängig vom Körpergewicht: Je Körpergewicht, desto Methadon.
- Mit Methadon unter 40 mg erlebt man nur noch ein Wärmeflash, man ist jedoch auf Empfang für die Umwelt.
- Eine hohe Methadondosis zu haben, tönt schrecklich, weil es assoziieren lässt, dass der Betroffene noch viel abbauen muss.
- Die optimale Methadondosis ist abhängig von verschiedenen Faktoren: Alter (wenn man jung ist, führt viel Methadon zu einer „Scheibe“), Körpergewicht, Jahreszeit (Winter: warm; Sommer: schwitzen)

T17:

- Es passiert mir alle 2 bis 3 Monate, dass ich ca. 10 mg erhöhen muss, weil mir die Dosis dann nicht mehr genügt.
- Die Angst vor dem Methadonentzug steht im Zusammenhang mit negativen Entzugserfahrungen; Beispielsweise habe ein Arzt von ihm verlangt, dass er von 150 auf 0 mg zu entziehen habe, damit er die Abteilung bzw. das Bli wieder verlassen dürfe.
- Die meisten, die über 100 mg noch die Dosis erhöhen, würden dies mit der Motivation tun, ein „Flash“ zu erleben mit Methadon. Ausnahmsweise müsse jemand oberhalb 100 mg erhöhen, weil er ungenügend abgedeckt ist nach ca. 3 Monaten mit konstanter Dosis; dies merke man, wenn man plötzlich Gliederschmerzen, Rückenschmerzen und der Druck im Kopf nachlasse.
- Bei ihm sei das Übergewicht dafür verantwortlich, dass die Dosis nach einer gewissen Zeit nicht mehr abdecke.
- Kokainkonsum führe innerhalb des 24-Stunden-Methadon-Zyklus zu Schwankungen.
- Die Anfangs-Methadondosis ist abhängig vom vorangegangenen Heroin-Konsum. Jemand der 3-4 Gramm Heroin konsumiert hatte pro Tag, muss gerade bei 100 mg Methadon einsteigen.
- Es gibt Opiatpatienten, die schon bei einer Dosisreduktion von 10 mg Entzugssymptome merken.
- Der Vorkonsum ist die Entscheidungsgrundlage des Arztes bei der Wahl der Methadondosis.
- Ob Methadon ein Medikament ist oder nicht ist abhängig von der Methadondosis.

- Methadon ist auch bei hoher Dosierung ein Medikament.
- Die optimale Methadondosis ist abhängig vom Körperbau und vom Vorkonsum.
- Die optimale Methadondosis ist dann erreicht, wenn die Nebenwirkungen verschwinden.

Z1:

- die Opiatabhängigkeit, substituiert mit Methadon, zeigt sich auf körperliche Art, belastet jedoch auf psychischer Art.
- Gewisse Ärzte sind der Meinung, dass Methadon über 80 mg keine Wirkung mehr haben.
- Gewisse Ärzte empfehlen, dass man bei Kokainkonsum auf eine höhere Methadondosis eingestellt werden sollte, um den Kokainkonsum zu stabilisieren; dies führt jedoch dazu, dass das Verlangen nach Heroin zurück geht, der Kokainkonsum jedoch eher steigt, damit es wiederholt zu einem Rauschereignis kommt.
- Vor dem ersten Methadonkonsum dachte ich, dass dies eine Substanz ist, die stärker sein müsse, als das Heroin, weil man es nur einmal pro 24 Stunden einnehmen muss.
- Methadon ist gut, um von der Gasse wegzukommen, jedoch für eine Dauerbehandlung nicht geeignet, wegen der Behandlungs-Rahmenbedingungen (tägliche Einnahme) und wegen der Nebenwirkungen.
- 80 mg sind hoch, weil alle Leute in ihrem Umfeld auf diese Dosis so reagieren, als sei sie hoch; für die Mutter seien schon 70 mg hoch; der Hausarzt sei der Meinung, dass 80 mg die höchste Dosis ist.
- Unter 10 mg habe man eine tiefe Dosis, weil dann der Entzug schon im Gang ist bzw. dieser unter 10 mg sehr hart werde; es ist jedoch gut, dass man die 10-mg-Grenze erreicht.
- Eine Dosis ist dann zu tief, wenn man keinen Entzug machen möchte; wenn nicht, dann ist eine Dosis unter 30 mg sinnlos.
- Wenn jemand bei einer hohen Dosis schläfrig wird, dann ist das ein Zeichen dafür, dass er keine solche Dosis braucht; wenn er sich jedoch fit fühlt, dann braucht er eine hohe Dosis.
- Das Verlangen nach Kokain ist unabhängig von der Methadondosis.
- Psychotherapie ist gut; es hat ja immer einen Grund, dass man Heroin braucht und es ist wichtig, dass man diesen herausfindet.

D20:

- Mir würde es helfen, wenn eine klare Dosisobergrenze (z. B 120 mg) festgelegt würde.
- Im Rahmen der M-Behandlung passiert es einem schnell, dass man vergisst, dass man eigentlich opiatabhängig ist.
- Die M-Dosis ist immer zu hoch und nie zu tief
- Sobald ich einmal schwitze weiss ich, dass die M-Dosis zu tief ist.
- Die Ursache der Heroinabhängigkeit ist in der Psyche des Menschen zu suchen.
- Die Heroinabhängigkeit sollte mit psychotherapeutischen Methoden behandelt werden.

T1:

- Wenn mich der Arzt die Dosis frei wählen lässt, bekomme ich Angst, total abhängig zu werden.
- Je mehr man das Gefühl hat, es fehle einem etwas, desto mehr Methadon will man.
- Es bringt nichts, die M-Dosis zu erhöhen, da sich das Problem nach ein paar Tagen einfach auf einer höheren Dosis einpendelt.
- Ohne begleitende Psychotherapie bringt einen die M-Behandlung im Leben nicht weiter.

Z3:

- Ich würde die M-Dosis dauerhaft erhöhen, wenn das auch ein entsprechendes „flash“ geben würde.
- Eine Erhöhung der M-Dosis bringt vor allem Nachteile mit sich: Man muss dann alles mühsam wieder runter.
- Es ist mir wichtig, bei der Einnahme von Methadon ein Flash zu haben.
- Die Dosis ist dann optimal, wenn man nicht das Gefühl hat, es würde auch mit weniger gehen.
- Die Höhe der M-Dosis zeigt den Suchtgrad an.

D17:

- (nichts neues)

Z39:

- Methadon bringt in erster Linie eine finanzielle Entlastung

- Methadon ist ideal zur Überbrückung von Heroin-Engpässen
- Das Methadon sollte jeden Tag eingenommen werden, sonst wirkt die Behandlung nicht
- Jemand der Heroinabhängig ist und damit diverse Probleme bekommen hat, sollte jeden Tag Methadon einnehmen, damit er sein Leben wieder in den Griff kriegen kann.
- Das Methadon bringt längerfristig gesehen ausser Nebenwirkungen kaum etwas.

T5:

- Ich habe die Methadondosis auch schon heimlich abgebaut.
- Ich habe auch schon mal heimlich einen Methadonentzug gemacht.
- Wenn ich es geschafft habe, mit dem Drogenkonsum aufzuhören, macht es mir nichts aus auch noch weiterhin Methadon zu nehmen.
- Wenn ich es geschafft habe, mit dem Drogenkonsum aufzuhören, möchte ich auch die Methadonbehandlung beenden.
- Beim Methadonentzug empfiehlt es sich, am Schluss auf Heroin umzusteigen.

T6:

- Damit ich den Heroin- oder Kokainbeikonsum beenden würde, müsste mir das Methadon besser einfahren.
- Ich bin nicht bereit so viel Methadon einzunehmen, dass ich eine Wirkung, davon spüren würde, da es extrem mühsam ist, die Dosis dann wieder zu reduzieren.
- Ich befürworte tiefe Methadondosen, weil man dann schneller wieder vom Methadon wekommt.
- Zu tiefe Methadondosen bringen nichts, weil dann das Methadon keine stabilisierende Wirkung hat.
- Wenn ich schon aufhören will, Heroin und Kokain zu konsumieren, will ich, wenn ich das geschafft habe auch kein Methadon mehr einnehmen.
- Das Methadon gibt mir die nötige Stabilität, um im Leben weiter zu kommen.
- Man sollte das Methadon abbauen, wenn man sonst kein Heroin oder Kokain mehr konsumiert.
- Ohne Methadon schaffen es nur die wenigsten Heroinabhängigen, ein normales Leben zu führen.
- Will ein arbeitsloser Heroinabhängiger einen Job finden, sollte er sich vom Arzt mit einer genügend hohen Dosis substituieren lassen.
- Wenn man mit Methadon substituiert ist, findet man kaum einen Job.

T3:

- Mit Methadon kann man halbwegs ein normales Leben führen.
- Mit Methadon ist es unmöglich, ein normales Leben zu führen.
- Wenn ich anderen Personen gegenüber sagen muss, dass ich im Methadonprogramm bin, fühle ich mich als Mensch zweiter Klasse.
- Die Methadonbehandlung schränkt mein Leben zu stark ein (Bsp. Zoll).

D2:

- Methadon nimmt einem die Gefühle weg. (Methadon dämpft die Entzugssymptome, aber es dämpft eben auch die Gefühle.
- Während der Methadonbehandlung ist man nur beschränkt beziehungsfähig.
- Methadon kann einen so weit stabilisieren, dass man wieder beziehungsfähig wird
- Wenn man mit den Drogen aufhören will, sollte man darauf, nicht zu viel Methadon zu nehmen, da man während der Methadonbehandlung nur schwer von den Drogen wekommt.
- Höhere Methadondosen sind nur für Personen geeignet, die nicht wirklich aufhören wollen, Drogen zu nehmen.
- Es ist mir wichtiger, im Leben weiterzukommen, als mit den Drogen aufzuhören.
- Ich nehme das Methadon nur dann längerfristig, wenn ich es nicht schaffe meinen Drogenkonsum zu kontrollieren.
- Bei höheren Methadondosen macht man sich unnötig abhängig.
- Die optimale Methadondosis ist möglichst tief, aber gerade so hoch, dass man nicht „affig“ ist, oder das „reissen“ nach Drogen hat.

Z10:

- Methadon gibt eine trügerische Sicherheit: Man hat keine Schmerzen und kann ohne Probleme einschlafen. Beim Methadonentzug wird es dann umgekehrt.
- Wenn man mit dem Heroin aufhören will, muss man zuerst das Methadon abbauen.
- Erst wenn ein Drogensüchtiger kein Methadon und keine anderen Drogen mehr nimmt, wird er arbeitsfähig.
- Ich kann nicht verstehen, dass es Leute gibt, die das Methadon nicht abbauen wollen.
- Es gibt einige ehemals Heroinabhängige, die in Methadonbehandlung sind und trotzdem ein normales Leben führen (Arbeit, Beziehung, Familie).

Z32:

- Die Methadondosis sollte gerade so hoch sein, dass das körperliche abgedeckt ist.
- Die Methadondosis sollte so hoch sein, dass zusätzlich zur körperlichen Stabilisierung auch noch eine psychische Stabilisierung stattfindet.
- Psychische Probleme lassen sich nicht durch eine Erhöhung der Methadondosis lösen.
- Ohne Nebenkonsum von Heroin oder Kokain wird es in der Methadonbehandlung langweilig.
- Wenn jemand ausser Methadon keine Substanzen mehr nimmt, kann er das Methadon ja auch weglassen.

- Wenn jemand ausser Methadon keine Substanzen mehr nimmt, sollte er die Methadondosis unbedingt beibehalten, um eine Basis zu haben, im Leben weiterzukommen.
- Wenn jemand ausser Methadon keine Substanzen mehr nimmt, werden starke Gefühle wieder erlebbar.
- Gefühle kann man erst wieder richtig erleben, wenn das Methadon abgebaut ist.

S1:

- Ich nehme nur gerade soviel Methadon ein, dass ich keine Entzugssymptome habe. Den Rest verstaue ich im Kühlschrank.
- Methadon ist kein gutes Medikament: Ist die Dosis zu hoch hat man Nebenwirkungen, ist sie zu tief, Entzugssymptome.
- Nimmt man zu lange Methadon ein, besteht ein grosses Gesundheitsrisiko, weil sich das Methadon im Fettgewebe ablagert.
- Wenn ich mehr Methadon einnehme als ich eigentlich bräuchte, werde ich depressiv.
- Heute nehme ich bewusst mehr Methadon ein, als ich eigentlich bräuchte, weil ich mich nur so stabilisieren kann.
- Wer längerfristig denkt, merkt, dass das Methadon nicht zu hoch dosiert werden darf, da man irgendwann alles wieder abbauen muss.

D8:

- Solange man im Methadonprogramm ist, bringt es nichts, eine Psychotherapie zu machen.
- Wenn ein heroinabhängiger eine Psychotherapie machen will, sollte er sich mit Methadon stabilisieren.
- Im Methadonprogramm verliert man die Motivation, mit dem Heroin aufzuhören.
- Die meisten Heroinabhängigen schaffen es nur durch die Methadonbehandlung, ihr Leben in den Griff zu kriegen.

B1. Varimax-rotierte Komponentenmatrix der 4-Faktorenlösung der HKA im Rahmen der Zwischenauswertung nach n=104 Patienten:

	Komponente			
	1	2	3	4
Methadon-Einstellung Nr. 14 "Ich nehme eine möglichst tiefe Methadondosis ein, weil man ab einer bestimmten Methadondosis wie in Watte gepackt ist und einem die Realität als unwirklich (wie in einem Film) erscheint."	.690	-.093	-.027	.134
Methadon-Einstellung Nr. 47 "Eine hohe Methadondosis verhindert im Gegensatz zu einer tiefen Methadondosis den Zugang zu den eigenen Gefühlen und Gedanken."	.649	-.094	-.002	.247
Methadon-Einstellung Nr. 49 "Ziel der Methadonbehandlung sollte immer der Abbau sein, da man sonst nicht mehr vom Methadon loskommt."	.579	.266	-.084	-.077
Methadon-Einstellung Nr. 44 "Wenn es mir jeweils psychisch wieder besser geht, neige ich dazu, das Methadon abzubauen."	.565	.027	.123	.109
Methadon-Einstellung Nr. 25 "Ich kann mich langfristig mit Methadon nur stabilisieren, wenn ich das Gefühl habe, dass die Methadondosis möglichst tief ist."	.560	.265	-.080	.179
Methadon-Einstellung Nr. 12 "Mit einer unnötig hohen Methadondosis begibt man sich in eine Scheinwelt."	.559	.005	.011	.165
Methadon-Einstellung Nr. 10 "Ich stelle mich der Herausforderung, die Methadondosis immer möglichst tief zu halten."	.558	.215	.053	-.043
Methadon-Einstellung Nr. 48 "Mit Methadon kann man sich nur dann physisch und psychisch stabilisieren, wenn man nicht mehr Methadon einnimmt, als man braucht, um Entzugssymptome zu verhindern."	.548	.037	.038	.017
Methadon-Einstellung Nr. 61 "Die Methadondosis sollte die Anfangsdosis möglichst nicht übersteigen, damit man den Ausgang aus der Methadonbehandlung nicht aus den Augen verliert."	.525	.480	.064	.017
Methadon-Einstellung Nr. 51 "Konstant hohe Methadondosierungen über längere Zeit sind nur für stark heroinsabhängige Personen gedacht."	.522	-.045	-.052	-.117
Methadon-Einstellung Nr. 56 "Es motiviert mich, wenn ich weiss, dass ich weniger Methadon einnehme als die meisten anderen Methadonbezügler."	.515	.306	-.143	.138
Methadon-Einstellung Nr. 30 "Wenn man sich auf einer höheren Methadondosis einstellen lässt, als man eigentlich möchte, steht man plötzlich ohne es zu bemerken mit einer zu hohen Methadondosis da."	.513	.188	-.102	.122
Methadon-Einstellung Nr. 37 "Ich strebe eine möglichst tiefe Methadondosis an, damit ich, falls mir der Zugang zum Methadon verwehrt wird, weniger stark unter Druck gerate."	.484	.312	-.012	.066
Methadon-Einstellung Nr. 34 "Sobald ich mich jeweils wieder besser fühle, beginne ich, die Methadondosis abzubauen."	.482	.155	.006	.146
Methadon-Einstellung Nr. 57 "Ich strebe einen Methadonabbau an, weil ich nicht Methadonabhängig sein möchte."	.468	.423	-.082	-.028
Methadon-Einstellung Nr. 52 "Die Beendigung der Methadonbehandlung ist umso schwieriger, je länger die Methadonbehandlung gedauert hat und je höher die Methadondosierung während dieser Behandlungsdauer war."	.451	.024	-.176	.066
Methadon-Einstellung Nr. 4 "Je tiefer die Methadondosis ist, desto motivierter ist man und desto besser geht es einem."	.438	.341	.127	.077
Methadon-Einstellung Nr. 29 "Für Personen mit hohen Methadondosen besteht weniger Hoffnung auf einen erfolgreichen Methadonanstieg als für Personen mit tiefen Dosen."	.433	.226	-.097	-.024
Methadon-Einstellung Nr. 50 "Es macht keinen Sinn, wenn man es geschafft hat mit Hilfe des Methadons mit dem Heroin aufzuhören, noch weiterhin Methadon einzunehmen."	.427	.415	-.183	.024
Methadon-Einstellung Nr. 42 "Je mehr ich das Methadon so abbauen kann wie ich mir das wünsche, umso entlasteter und stärker fühle ich mich."	.412	.324	.236	-.124
Methadon-Einstellung Nr. 45 "Die Einnahme von Methadon ist nicht die Voraussetzung dafür, dass ich im Rahmen der Methadonbehandlung das Behandlungsziel erreiche, sondern der Methadonabbau ist das Ziel selber."	.401	.186	-.072	.051
Methadon-Einstellung Nr. 5 "Wenn ich es satt habe, in Methadonbehandlung zu sein, reduziere ich manchmal die Methadondosis, damit es mir wieder besser geht."	.385	.326	-.145	.307
Methadon-Einstellung Nr. 53 "Wenn einem die Methadonbehandlung dazu verholfen hat, den Heroinkonsum zu beenden, sollte man die Methadonbehandlung zur Absicherung, dass man kein Heroin mehr konsumiert, unbedingt mit einer genügend hohen Dosis weiterführen."	-.318	.026	.220	.016
Methadon-Einstellung Nr. 18 "Erst wenn ich das Methadon abgebaut habe, habe ich in der Gesellschaft die selben Chancen, wie alle anderen auch."	.284	.167	-.200	.135
Methadon-Einstellung Nr. 6 "Sobald einem das Methadon dazu verholfen hat, kein Heroin mehr zu konsumieren, sollte man das Methadon möglichst schnell abbauen."	.276	.602	-.079	-.112
Methadon-Einstellung Nr. 35 "Ich nehme nur gerade soviel Methadon ein, dass ich keine Entzugssymptome habe. Den Rest bewahre ich auf."	.040	.576	-.002	.065
Methadon-Einstellung Nr. 8 "Man muss zuerst das Methadon abbauen, um aus beruflichen, sozialen und persönlichen Problemen herauszukommen."	.221	.530	-.183	.036
Methadon-Einstellung Nr. 38 "Ich setze mir laufend Zeitlimiten innerhalb derer ich das Methadon einen weiteren Schritt abbauen möchte und bin frustriert, wenn ich das nicht schaffe."	.358	.529	.109	.264
Methadon-Einstellung Nr. 43 "Ich erhöhe die Methadondosis wenn möglich nicht, damit ich nicht auch noch vom Methadon abhängig werde"	.233	.517	-.069	-.034
Methadon-Einstellung Nr. 28 "Ich beziehe oft mehr Methadon vom Arzt, als ich einnehme und bewahre den Rest zur Sicherheit auf."	-.260	.513	-.120	-.051
Methadon-Einstellung Nr. 31 "Lieber bei einer tiefen Methadondosis ab und zu Heroin konsumieren, als konstant eine hohe Methadondosis einnehmen"	.265	.488	-.048	.408

Methadon-Einstellung Nr. 41 "Meine Heroinabhängigkeit kriege ich mit jedem Milligramm Methadon, das ich abbaue, besser in den Griff."	.239	.470	.344	-.208
Methadon-Einstellung Nr. 22 "Ich habe panische Angst vor dem Methadonentzug, weshalb ich zunächst einmal eine möglichst tiefe Methadondosis einnehmen will."	.103	.388	-.094	.169
Methadon-Einstellung Nr. 7 "Die Methadondosis sollte die Anfangsdosis möglichst nicht übersteigen, damit man nicht vom Methadon abhängig wird."	.345	.355	-.158	.102
Methadon-Einstellung Nr. 19 "Je länger man Methadon einnimmt und je höher die Dosis ist, desto schädlicher ist Methadon für den Körper."	.234	.335	-.175	.286
Methadon-Einstellung Nr. 46 "Ich wähle meine Methadondosis höher, als ich gerne hätte, damit ich mich physisch und psychisch stabilisieren kann."	-.022	.322	.215	.267
Methadon-Einstellung Nr. 58 "Es bringt nichts, die Methadondosis zu erhöhen, da sich die körperliche Abhängigkeit nach ein paar Tagen einfach auf einer höheren Dosis einpendelt."	.168	.233	-.204	.119
Methadon-Einstellung Nr. 9 "Methadon unterstützt mich dabei, aus beruflichen, sozialen und persönlichen Problemen herauszukommen."	-.159	-.067	.694	.059
Methadon-Einstellung Nr. 17 "Ich bin überzeugt, dass man sich mit einer genügend hohen Methadondosis psychisch und physisch stabilisieren kann."	-.195	-.060	.576	-.187
Methadon-Einstellung Nr. 20 "Methadon hilft mir, mich psychisch und physisch zu stabilisieren."	-.294	-.078	.575	-.110
Methadon-Einstellung Nr. 24 "Wenn man seine Probleme (Job, Beziehungen, Finanzen) wirklich lösen will, muss man sich zuerst einmal mit Methadon über längere Zeit stabilisieren."	.098	.042	.558	.103
Methadon-Einstellung Nr. 40 "Die Heroinabhängigkeit lässt sich überwinden, indem man konstant über längere Zeit eine genügend hohe Methadondosis einnimmt."	-.113	.021	.512	-.077
Methadon-Einstellung Nr. 3 "Erst wenn ich es geschafft habe, im Leben weiter zu kommen (z.B. beruflich oder in Beziehungen), beginne ich mit dem Methadonabbau."	.107	.015	.506	.279
Methadon-Einstellung Nr. 32 "Methadon ist für eine langfristige Behandlung nicht geeignet."	.237	.300	-.498	.042
Methadon-Einstellung Nr. 1 "Wenn man es geschafft hat, mit dem Heroinkonsum aufzuhören, ist es wichtig zur Sicherheit auch noch weiterhin Methadon zu nehmen"	-.039	-.061	.490	.026
Methadon-Einstellung Nr. 60 "Methadon kann einem helfen, unkontrollierbare Zustände (z.B. Angst, Depression, Halluzinationen) zu kontrollieren."	.261	-.003	.444	-.010
Methadon-Einstellung Nr. 27 "Methadon sollte möglichst nur als Hilfsmittel beim Heroinentzug eingesetzt werden, damit man nicht davon abhängig wird."	.079	.421	-.442	-.050
Methadon-Einstellung Nr. 55 "Wenn es einem gelingt, das Heroin durch das Methadon zu ersetzen, führt das zur nötigen Ruhe, um sich mit den eigenen Gefühlen auseinander zu setzen."	.190	-.028	.437	-.260
Methadon-Einstellung Nr. 26 "Die Methadonbehandlung führt dazu, dass man es sich in der Sucht bequem einrichten kann."	.165	.168	-.424	.377
Methadon-Einstellung Nr. 2 "Die Methadonbehandlung wird zur Falle: Man kommt nicht richtig vom Heroin weg und kann sich auch nicht wirklich integrieren."	.110	.148	-.408	.373
Methadon-Einstellung Nr. 21 "Eigentlich ist es unsinnig, sich mit Methadon behandeln zu lassen, weil man sich damit eine zusätzliche Abhängigkeit auflädt."	-.062	.352	-.386	.170
Methadon-Einstellung Nr. 36 "Auch wenn ich vorübergehend das nötige Geld hätte, würde ich nicht vermehrt Heroin konsumieren, weil ich auf einer genügend hohen Methadondosis eingestellt bin"	.134	.156	.283	-.551
Methadon-Einstellung Nr. 11 "Methadon ermöglicht mir, stressfreier Heroin zu konsumieren."	.004	.082	-.057	.538
Methadon-Einstellung Nr. 59 "Ich nehme jeweils soviel Methadon, damit ich im Rahmen meiner Methadonbehandlung, stressfrei ab und zu Heroin konsumieren kann."	-.049	.335	.014	.533
Methadon-Einstellung Nr. 15 "Eigentlich möchte ich das Methadon nur zur Überbrückung von Heroin-Engpässen einnehmen."	.039	.014	.182	.530
Methadon-Einstellung Nr. 23 "Methadon hilft mir, kein Heroin zu konsumieren."	-.177	.108	.332	-.516
Methadon-Einstellung Nr. 54 "Wenn ich es geschafft habe, das Methadon auf eine von mir gewünschte Dosis abzubauen, kommt es ab und zu vor, dass ich mich dafür mit Heroin belohne."	-.025	.290	.139	.471
Methadon-Einstellung Nr. 13 "Es spielt keine Rolle wie hoch die Methadondosis ist. Wenn man Lust und genügend Geld hat, konsumiert man automatisch mehr Heroin oder andere Drogen."	.233	-.023	-.158	.459
Methadon-Einstellung Nr. 33 "Wenn ich das Methadon nicht so abbauen kann wie ich mir das wünsche, fühle ich mich psychisch unwohl."	.203	.080	.043	.350
Methadon-Einstellung Nr. 16 "Der Methadonentzug ist schlimmer als der Heroinentzug, weil nach Beendigung des Methadonentzugs immer wieder unkontrollierbare Zustände vorkommen, die mich schwer belasten."	.064	-.118	-.014	.303
Methadon-Einstellung Nr. 39 "Ich erlebe das Methadon als zusätzliche Droge."	.265	.144	-.071	.267

C1. Stichprobenbeschreibung: Soziodemographische Variablen

Anzahl eigene Kinder

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	.00	95	76.0	76.6	76.6
	1.00	18	14.4	14.5	91.1
	2.00	8	6.4	6.5	97.6
	3.00	2	1.6	1.6	99.2
	4.00	1	.8	.8	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Zivilstand

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ledig	84	67.2	67.7	67.7
	verheiratet	22	17.6	17.7	85.5
	geschieden	17	13.6	13.7	99.2
	getrennt	1	.8	.8	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Höchster Schulabschluss

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Grundschule	3	2.4	2.4	2.4
	Oberschule	4	3.2	3.2	5.6
	Realschule	9	7.2	7.3	12.9
	Sekundarschule	14	11.2	11.3	24.2
	Berufslehre	85	68.0	68.5	92.7
	Matura	4	3.2	3.2	96.0
	Fachhochschule	3	2.4	2.4	98.4
	Hochschule	2	1.6	1.6	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Staatsangehörigkeit

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig		1	.8	.8	.8
	Brasilien	2	1.6	1.6	2.4
	Deutschland	2	1.6	1.6	4.0
	Finnland	1	.8	.8	4.8
	Italien	7	5.6	5.6	10.4
	Kroatien	1	.8	.8	11.2
	Marokko	1	.8	.8	12.0
	Österreich	1	.8	.8	12.8
	Polen	1	.8	.8	13.6
	Portugal	1	.8	.8	14.4
	Schweden	1	.8	.8	15.2
	Schweiz	101	80.8	80.8	96.0
	Schweiz + Frankreich	1	.8	.8	96.8
	Schweiz/GB	1	.8	.8	97.6
	Spanien	1	.8	.8	98.4
	Ungarn	2	1.6	1.6	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Wohnsituation

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	eigenfinanziert	26	20.8	21.1	21.1
	fremdfinanziert	83	66.4	67.5	88.6
	Betreute Wohnsituation	5	4.0	4.1	92.7
	Ohne feste Wohnsituation	3	2.4	2.4	95.1
	Bei Eltern	6	4.8	4.9	100.0
	Gesamt	123	98.4	100.0	
Fehlend	System	2	1.6		
Gesamt		125	100.0		

Lebenspartner

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	60	48.0	48.8	48.8
	nein	63	50.4	51.2	100.0
	Gesamt	123	98.4	100.0	
Fehlend	System	2	1.6		
Gesamt		125	100.0		

Erwerbstätigkeit

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	21	16.8	16.9	16.9
	nein	103	82.4	83.1	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Bezüge Fürsorge

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	59	47.2	47.6	47.6
	nein	65	52.0	52.4	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Bezüge IV

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	40	32.0	32.3	32.3
	nein	84	67.2	67.7	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

C2. Stichprobenbeschreibung: Aktuelle Substitutionsbehandlung

Behandlungsort (numerisch)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Selnau/DropIn	48	38.4	38.4	38.4
ZOKL 1	33	26.4	26.4	64.8
Praxis Seidenberg	28	22.4	22.4	87.2
andere Praxen	16	12.8	12.8	100.0
Gesamt	125	100.0	100.0	

Behandlungssetting

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ambulant - Privatpraxis	44	35.2	35.2	35.2
ambulant - Institution	80	64.0	64.0	99.2
teilstationär	1	.8	.8	100.0
Gesamt	125	100.0	100.0	

Nächstes Ziel bezüglich Dosis

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig abbauen	52	41.6	42.3	42.3
erhöhen	5	4.0	4.1	46.3
konstant	66	52.8	53.7	100.0
Gesamt	123	98.4	100.0	
Fehlend System	2	1.6		
Gesamt	125	100.0		

Was denken Sie, welches Ziel hat die Institution/der Arzt bezüglich Dosis?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig abbauen	27	21.6	22.5	22.5
erhöhen	12	9.6	10.0	32.5
möglichst konstant (unabh. Dosis)	72	57.6	60.0	92.5
möglichst hoch	1	.8	.8	93.3
möglichst hoch und konstant	8	6.4	6.7	100.0
Gesamt	120	96.0	100.0	
Fehlend System	5	4.0		
Gesamt	125	100.0		

Kongruenz der Ziele bezüglich Dosis

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Kongruenz	67	53.6	56.3	56.3
	Inkongruenz	52	41.6	43.7	100.0
	Gesamt	119	95.2	100.0	
Fehlend	System	6	4.8		
Gesamt		125	100.0		

Anzahl Tage mit Heroinkonsum (letzte 30 Tage)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	.00	76	60.8	61.3	61.3
	1.00	7	5.6	5.6	66.9
	2.00	8	6.4	6.5	73.4
	3.00	6	4.8	4.8	78.2
	4.00	6	4.8	4.8	83.1
	5.00	3	2.4	2.4	85.5
	6.00	1	.8	.8	86.3
	8.00	2	1.6	1.6	87.9
	10.00	4	3.2	3.2	91.1
	12.00	2	1.6	1.6	92.7
	13.00	1	.8	.8	93.5
	14.00	1	.8	.8	94.4
	15.00	1	.8	.8	95.2
	20.00	1	.8	.8	96.0
	21.00	1	.8	.8	96.8
	30.00	4	3.2	3.2	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Anzahl Tage mit Kokainkonsum (letzte 30 Tage)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	.00	65	52.0	52.4	52.4
	1.00	6	4.8	4.8	57.3
	2.00	13	10.4	10.5	67.7
	3.00	8	6.4	6.5	74.2
	4.00	6	4.8	4.8	79.0
	5.00	2	1.6	1.6	80.6
	6.00	1	.8	.8	81.5
	8.00	1	.8	.8	82.3
	10.00	4	3.2	3.2	85.5
	14.00	2	1.6	1.6	87.1
	15.00	2	1.6	1.6	88.7
	20.00	4	3.2	3.2	91.9
	23.00	1	.8	.8	92.7
	25.00	1	.8	.8	93.5
	26.00	1	.8	.8	94.4
	30.00	7	5.6	5.6	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Anzahl Tage mit Heroinverlangen (letzte 30 Tage)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	.00	82	65.6	66.1	66.1
	1.00	4	3.2	3.2	69.4
	2.00	8	6.4	6.5	75.8
	3.00	1	.8	.8	76.6
	4.00	4	3.2	3.2	79.8
	5.00	3	2.4	2.4	82.3
	6.00	1	.8	.8	83.1
	7.00	1	.8	.8	83.9
	8.00	1	.8	.8	84.7
	10.00	4	3.2	3.2	87.9
	15.00	1	.8	.8	88.7
	18.00	1	.8	.8	89.5
	20.00	5	4.0	4.0	93.5
	21.00	1	.8	.8	94.4
	25.00	1	.8	.8	95.2
	30.00	6	4.8	4.8	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

„Wie stark litten Sie unter Heroinverlangen?“ (letzte 30 Tage)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	82	65.6	66.1	66.1
	wenig	18	14.4	14.5	80.6
	ziemlich	21	16.8	16.9	97.6
	extrem	3	2.4	2.4	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Anzahl Tage mit Entzugsbeschwerden (letzte 30 Tage)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	.00	104	83.2	83.9	83.9
	1.00	3	2.4	2.4	86.3
	2.00	3	2.4	2.4	88.7
	4.00	2	1.6	1.6	90.3
	5.00	3	2.4	2.4	92.7
	7.00	2	1.6	1.6	94.4
	10.00	3	2.4	2.4	96.8
	15.00	1	.8	.8	97.6
	30.00	3	2.4	2.4	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Wie stark litten Sie unter Entzugsbeschwerden (letzte 30 Tage)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	103	82.4	83.1	83.1
	wenig	8	6.4	6.5	89.5
	ziemlich	10	8.0	8.1	97.6
	extrem	3	2.4	2.4	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Anzahl Tage mit Belastung durch Drogenproblem (letzte 30 Tage)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	.00	53	42.4	43.8	43.8
	1.00	3	2.4	2.5	46.3
	2.00	10	8.0	8.3	54.5
	3.00	3	2.4	2.5	57.0
	4.00	4	3.2	3.3	60.3
	5.00	2	1.6	1.7	62.0
	6.00	2	1.6	1.7	63.6
	7.00	5	4.0	4.1	67.8
	8.00	1	.8	.8	68.6
	10.00	3	2.4	2.5	71.1
	12.00	1	.8	.8	71.9
	14.00	3	2.4	2.5	74.4
	15.00	7	5.6	5.8	80.2
	20.00	5	4.0	4.1	84.3
	23.00	1	.8	.8	85.1
	25.00	1	.8	.8	86.0
	30.00	17	13.6	14.0	100.0
	Gesamt	121	96.8	100.0	
Fehlend	System	4	3.2		
Gesamt		125	100.0		

Dosis bei der Entzugsbeschwerden einsetzen beim Abbau (in mg)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	.00	6	4.8	5.3	5.3
	5.00	9	7.2	8.0	13.3
	10.00	12	9.6	10.6	23.9
	12.00	1	.8	.9	24.8
	15.00	6	4.8	5.3	30.1
	20.00	26	20.8	23.0	53.1
	25.00	4	3.2	3.5	56.6
	30.00	11	8.8	9.7	66.4
	35.00	1	.8	.9	67.3
	40.00	9	7.2	8.0	75.2
	50.00	9	7.2	8.0	83.2
	60.00	2	1.6	1.8	85.0
	70.00	3	2.4	2.7	87.6
	80.00	2	1.6	1.8	89.4
	90.00	1	.8	.9	90.3
	100.00	2	1.6	1.8	92.0
	120.00	1	.8	.9	92.9
	140.00	1	.8	.9	93.8
	160.00	2	1.6	1.8	95.6
	180.00	1	.8	.9	96.5
	200.00	2	1.6	1.8	98.2
	230.00	1	.8	.9	99.1
	250.00	1	.8	.9	100.0
	Gesamt	113	90.4	100.0	
Fehlend	System	12	9.6		
Gesamt		125	100.0		

Höchste Dosis, die sich der Pat. vom Arzt verschreiben lassen würde (in mg)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	20.00	1	.8	.8	.8
	25.00	2	1.6	1.7	2.5
	30.00	3	2.4	2.5	5.0
	40.00	1	.8	.8	5.9
	50.00	4	3.2	3.4	9.2
	55.00	1	.8	.8	10.1
	60.00	4	3.2	3.4	13.4
	70.00	5	4.0	4.2	17.6
	80.00	16	12.8	13.4	31.1
	85.00	1	.8	.8	31.9
	90.00	2	1.6	1.7	33.6
	100.00	18	14.4	15.1	48.7
	110.00	1	.8	.8	49.6
	120.00	10	8.0	8.4	58.0
	130.00	2	1.6	1.7	59.7
	150.00	9	7.2	7.6	67.2
	160.00	2	1.6	1.7	68.9
	170.00	1	.8	.8	69.7
	180.00	5	4.0	4.2	73.9
	200.00	14	11.2	11.8	85.7
	220.00	1	.8	.8	86.6
	230.00	1	.8	.8	87.4
	240.00	1	.8	.8	88.2
	250.00	3	2.4	2.5	90.8
	300.00	5	4.0	4.2	95.0
	350.00	1	.8	.8	95.8
	400.00	1	.8	.8	96.6
	500.00	1	.8	.8	97.5
	600.00	2	1.6	1.7	99.2
	1000.00	1	.8	.8	100.0
	Gesamt	119	95.2	100.0	
Fehlend	System	6	4.8		
Gesamt		125	100.0		

C3. Stichprobenbeschreibung: Anamnestische Angaben

Alter bei Heroin-Erstkonsum

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	13.00	5	4.0	4.0	4.0
	14.00	3	2.4	2.4	6.5
	15.00	9	7.2	7.3	13.7
	16.00	9	7.2	7.3	21.0
	17.00	16	12.8	12.9	33.9
	18.00	17	13.6	13.7	47.6
	19.00	11	8.8	8.9	56.5
	20.00	12	9.6	9.7	66.1
	21.00	6	4.8	4.8	71.0
	22.00	7	5.6	5.6	76.6
	23.00	2	1.6	1.6	78.2
	24.00	3	2.4	2.4	80.6
	25.00	8	6.4	6.5	87.1
	26.00	2	1.6	1.6	88.7
	27.00	1	.8	.8	89.5
	28.00	4	3.2	3.2	92.7
	30.00	2	1.6	1.6	94.4
	31.00	3	2.4	2.4	96.8
	34.00	1	.8	.8	97.6
	35.00	1	.8	.8	98.4
	42.00	1	.8	.8	99.2
	44.00	1	.8	.8	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Haben Sie je injiziert?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	90	72.0	72.6	72.6
	nein	34	27.2	27.4	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Anzahl Jahre des Heroinkonsums

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1.00	2	1.6	1.6	1.6
	3.00	8	6.4	6.5	8.1
	4.00	13	10.4	10.5	18.5
	5.00	8	6.4	6.5	25.0
	6.00	6	4.8	4.8	29.8
	7.00	2	1.6	1.6	31.5
	8.00	10	8.0	8.1	39.5
	9.00	8	6.4	6.5	46.0
	10.00	18	14.4	14.5	60.5
	11.00	3	2.4	2.4	62.9
	12.00	4	3.2	3.2	66.1
	13.00	8	6.4	6.5	72.6
	14.00	5	4.0	4.0	76.6
	15.00	3	2.4	2.4	79.0
	16.00	3	2.4	2.4	81.5
	17.00	4	3.2	3.2	84.7
	18.00	5	4.0	4.0	88.7
	19.00	1	.8	.8	89.5
	20.00	5	4.0	4.0	93.5
	21.00	1	.8	.8	94.4
	22.00	2	1.6	1.6	96.0
	23.00	2	1.6	1.6	97.6
	24.00	1	.8	.8	98.4
	30.00	2	1.6	1.6	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Anzahl ambulante Entzugsbehandlungen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	.00	86	68.8	69.4	69.4
	1.00	12	9.6	9.7	79.0
	2.00	11	8.8	8.9	87.9
	3.00	4	3.2	3.2	91.1
	4.00	5	4.0	4.0	95.2
	5.00	1	.8	.8	96.0
	8.00	1	.8	.8	96.8
	10.00	3	2.4	2.4	99.2
	15.00	1	.8	.8	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Anzahl Monate der längsten Abstinenzphase (aufgrund einer ambulanten Entzugsbehandlung)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	.00	13	10.4	34.2	34.2
	1.00	3	2.4	7.9	42.1
	2.00	4	3.2	10.5	52.6
	3.00	2	1.6	5.3	57.9
	6.00	7	5.6	18.4	76.3
	9.00	1	.8	2.6	78.9
	12.00	1	.8	2.6	81.6
	24.00	4	3.2	10.5	92.1
	48.00	3	2.4	7.9	100.0
	Gesamt	38	30.4	100.0	
Fehlend	System	87	69.6		
Gesamt		125	100.0		

Bewertung der ambulanten Entzugsbehandlungen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	eher positiv	19	15.2	50.0	50.0
	eher negativ	19	15.2	50.0	100.0
	Gesamt	38	30.4	100.0	
Fehlend	System	87	69.6		
Gesamt		125	100.0		

Anzahl stationäre Entzugsbehandlungen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	.00	47	37.6	37.9	37.9
	1.00	20	16.0	16.1	54.0
	2.00	11	8.8	8.9	62.9
	3.00	12	9.6	9.7	72.6
	4.00	8	6.4	6.5	79.0
	5.00	1	.8	.8	79.8
	6.00	4	3.2	3.2	83.1
	7.00	3	2.4	2.4	85.5
	8.00	2	1.6	1.6	87.1
	9.00	1	.8	.8	87.9
	10.00	9	7.2	7.3	95.2
	11.00	2	1.6	1.6	96.8
	12.00	1	.8	.8	97.6
	15.00	1	.8	.8	98.4
	20.00	2	1.6	1.6	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Anzahl Monate der längsten Abstinenzphase (aufgrund einer stationären Entzugsbehandlung)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	.00	23	18.4	30.7	30.7
	1.00	6	4.8	8.0	38.7
	2.00	3	2.4	4.0	42.7
	3.00	7	5.6	9.3	52.0
	4.00	1	.8	1.3	53.3
	5.00	1	.8	1.3	54.7
	6.00	3	2.4	4.0	58.7
	8.00	2	1.6	2.7	61.3
	9.00	2	1.6	2.7	64.0
	10.00	2	1.6	2.7	66.7
	12.00	1	.8	1.3	68.0
	18.00	1	.8	1.3	69.3
	24.00	4	3.2	5.3	74.7
	30.00	5	4.0	6.7	81.3
	34.00	1	.8	1.3	82.7
	39.00	1	.8	1.3	84.0
	48.00	3	2.4	4.0	88.0
	54.00	1	.8	1.3	89.3
	60.00	2	1.6	2.7	92.0
	72.00	1	.8	1.3	93.3
	78.00	1	.8	1.3	94.7
	84.00	2	1.6	2.7	97.3
	99.00	2	1.6	2.7	100.0
	Gesamt	75	60.0	100.0	
Fehlend	System	50	40.0		
Gesamt		125	100.0		

Bewertung der stationären Entzugsbehandlungen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	eher positiv	43	34.4	57.3	57.3
	eher negativ	32	25.6	42.7	100.0
	Gesamt	75	60.0	100.0	
Fehlend	System	50	40.0		
Gesamt		125	100.0		

Anzahl kalte Entzüge

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	.00	41	32.8	33.3	33.3
	1.00	25	20.0	20.3	53.7
	2.00	10	8.0	8.1	61.8
	3.00	11	8.8	8.9	70.7
	4.00	6	4.8	4.9	75.6
	5.00	13	10.4	10.6	86.2
	6.00	5	4.0	4.1	90.2
	10.00	6	4.8	4.9	95.1
	11.00	1	.8	.8	95.9
	20.00	1	.8	.8	96.7
	30.00	2	1.6	1.6	98.4
	50.00	1	.8	.8	99.2
	80.00	1	.8	.8	100.0
	Gesamt	123	98.4	100.0	
Fehlend	System	2	1.6		
Gesamt		125	100.0		

Anzahl Monate der längsten Abstinenzphase (aufgrund eines kalten Entzuges)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	.00	31	24.8	37.8	37.8
	1.00	9	7.2	11.0	48.8
	2.00	5	4.0	6.1	54.9
	3.00	8	6.4	9.8	64.6
	4.00	3	2.4	3.7	68.3
	5.00	2	1.6	2.4	70.7
	6.00	7	5.6	8.5	79.3
	7.00	1	.8	1.2	80.5
	8.00	3	2.4	3.7	84.1
	10.00	2	1.6	2.4	86.6
	24.00	4	3.2	4.9	91.5
	30.00	1	.8	1.2	92.7
	36.00	2	1.6	2.4	95.1
	54.00	1	.8	1.2	96.3
	60.00	1	.8	1.2	97.6
	99.00	2	1.6	2.4	100.0
	Gesamt	82	65.6	100.0	
Fehlend	System	43	34.4		
Gesamt		125	100.0		

Bewertung der kalten Entzüge

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	eher positiv	23	18.4	28.4	28.4
	eher negativ	58	46.4	71.6	100.0
	Gesamt	81	64.8	100.0	
Fehlend	System	44	35.2		
Gesamt		125	100.0		

Anzahl Substitutionsbehandlungen insgesamt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1.00	30	24.0	24.2	24.2
	2.00	32	25.6	25.8	50.0
	3.00	34	27.2	27.4	77.4
	4.00	17	13.6	13.7	91.1
	5.00	5	4.0	4.0	95.2
	6.00	1	.8	.8	96.0
	10.00	2	1.6	1.6	97.6
	12.00	2	1.6	1.6	99.2
	15.00	1	.8	.8	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

D1. Ausprägungen der 61 Einstellungs-Items des Patienten self-report Fragebogens

Methadon-Einstellung Nr. 1 "Wenn man es geschafft hat, mit dem Heroinkonsum aufzuhören, ist es wichtig zur Sicherheit auch noch weiterhin Methadon zu nehmen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	17	13.6	13.7	13.7
	stimmt ein wenig	27	21.6	21.8	35.5
	stimmt ziemlich	26	20.8	21.0	56.5
	stimmt voll und ganz	54	43.2	43.5	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Methadon-Einstellung Nr. 2 "Die Methadonbehandlung wird zur Falle: Man kommt nicht richtig vom Heroin weg und kann sich auch nicht wirklich integrieren."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	75	60.0	60.0	60.0
	stimmt ein wenig	30	24.0	24.0	84.0
	stimmt ziemlich	17	13.6	13.6	97.6
	stimmt voll und ganz	3	2.4	2.4	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 3 "Erst wenn ich es geschafft habe, im Leben weiter zu kommen (z.B. beruflich oder in Beziehungen), beginne ich mit dem Methadonabbau."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	25	20.0	20.0	20.0
	stimmt ein wenig	24	19.2	19.2	39.2
	stimmt ziemlich	39	31.2	31.2	70.4
	stimmt voll und ganz	37	29.6	29.6	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 4 "Je tiefer die Methadondosis ist, desto motivierter ist man und desto besser geht es einem."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	46	36.8	37.1	37.1
	stimmt ein wenig	35	28.0	28.2	65.3
	stimmt ziemlich	23	18.4	18.5	83.9
	stimmt voll und ganz	20	16.0	16.1	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Methadon-Einstellung Nr. 5 "Wenn ich es satt habe, in Methadonbehandlung zu sein, reduziere ich manchmal die Methadondosis, damit es mir wieder besser geht."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	74	59.2	59.2	59.2
	stimmt ein wenig	21	16.8	16.8	76.0
	stimmt ziemlich	16	12.8	12.8	88.8
	stimmt voll und ganz	14	11.2	11.2	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 6 "Sobald einem das Methadon dazu verhilft, kein Heroin mehr zu konsumieren, sollte man das Methadon möglichst schnell abbauen."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	60	48.0	48.0	48.0
	stimmt ein wenig	37	29.6	29.6	77.6
	stimmt ziemlich	17	13.6	13.6	91.2
	stimmt voll und ganz	11	8.8	8.8	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 7 "Die Methadondosis sollte die Anfangsdosis möglichst nicht übersteigen, damit man nicht vom Methadon abhängig wird."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	84	67.2	67.2	67.2
	stimmt ein wenig	16	12.8	12.8	80.0
	stimmt ziemlich	13	10.4	10.4	90.4
	stimmt voll und ganz	12	9.6	9.6	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 8 "Man muss zuerst das Methadon abbauen, um aus beruflichen, sozialen und persönlichen Problemen herauszukommen."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	94	75.2	75.8	75.8
	stimmt ein wenig	19	15.2	15.3	91.1
	stimmt ziemlich	7	5.6	5.6	96.8
	stimmt voll und ganz	4	3.2	3.2	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Methadon-Einstellung Nr. 9 "Methadon unterstützt mich dabei, aus beruflichen, sozialen und persönlichen Problemen herauszukommen."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	9	7.2	7.2	7.2
	stimmt ein wenig	20	16.0	16.0	23.2
	stimmt ziemlich	40	32.0	32.0	55.2
	stimmt voll und ganz	56	44.8	44.8	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 10 "Ich stelle mich der Herausforderung, die Methadondosis immer möglichst tief zu halten."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	20	16.0	16.1	16.1
	stimmt ein wenig	43	34.4	34.7	50.8
	stimmt ziemlich	34	27.2	27.4	78.2
	stimmt voll und ganz	27	21.6	21.8	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Methadon-Einstellung Nr. 11 "Methadon ermöglicht mir, stressfreier Heroin zu konsumieren."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	88	70.4	71.0	71.0
	stimmt ein wenig	21	16.8	16.9	87.9
	stimmt ziemlich	5	4.0	4.0	91.9
	stimmt voll und ganz	10	8.0	8.1	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Methadon-Einstellung Nr. 12 "Mit einer unnötig hohen Methadondosis begibt man sich in eine Scheinwelt."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	39	31.2	31.5	31.5
	stimmt ein wenig	30	24.0	24.2	55.6
	stimmt ziemlich	26	20.8	21.0	76.6
	stimmt voll und ganz	29	23.2	23.4	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Methadon-Einstellung Nr. 13 "Es spielt keine Rolle wie hoch die Methadondosis ist. Wenn man Lust und genügend Geld hat, konsumiert man automatisch mehr Heroin oder andere Drogen."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	57	45.6	45.6	45.6
	stimmt ein wenig	30	24.0	24.0	69.6
	stimmt ziemlich	21	16.8	16.8	86.4
	stimmt voll und ganz	17	13.6	13.6	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 14 "Ich nehme eine möglichst tiefe Methadondosis ein, weil man ab einer bestimmten Methadondosis wie in Watte gepackt ist und einem die Realität als unwirklich (wie in einem Film) erscheint."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	58	46.4	46.4	46.4
	stimmt ein wenig	34	27.2	27.2	73.6
	stimmt ziemlich	17	13.6	13.6	87.2
	stimmt voll und ganz	16	12.8	12.8	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 15 "Eigentlich möchte ich das Methadon nur zur Überbrückung von Heroin-Engpässen einnehmen."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	101	80.8	80.8	80.8
	stimmt ein wenig	17	13.6	13.6	94.4
	stimmt ziemlich	2	1.6	1.6	96.0
	stimmt voll und ganz	5	4.0	4.0	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 16 "Der Methadonentzug ist schlimmer als der Heroinentzug, weil nach Beendigung des Methadonentzugs immer wieder unkontrollierbare Zustände vorkommen, die mich schwer belasten."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	17	13.6	14.2	14.2
	stimmt ein wenig	23	18.4	19.2	33.3
	stimmt ziemlich	27	21.6	22.5	55.8
	stimmt voll und ganz	53	42.4	44.2	100.0
	Gesamt	120	96.0	100.0	
Fehlend	System	5	4.0		
Gesamt		125	100.0		

Methadon-Einstellung Nr. 17 "Ich bin überzeugt, dass man sich mit einer genügend hohen Methadondosis psychisch und physisch stabilisieren kann."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	8	6.4	6.4	6.4
	stimmt ein wenig	20	16.0	16.0	22.4
	stimmt ziemlich	42	33.6	33.6	56.0
	stimmt voll und ganz	55	44.0	44.0	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 18 "Erst wenn ich das Methadon abgebaut habe, habe ich in der Gesellschaft die selben Chancen, wie alle anderen auch."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	64	51.2	51.2	51.2
	stimmt ein wenig	37	29.6	29.6	80.8
	stimmt ziemlich	16	12.8	12.8	93.6
	stimmt voll und ganz	8	6.4	6.4	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 19 "Je länger man Methadon einnimmt und je höher die Dosis ist, desto schädlicher ist Methadon für den Körper."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	39	31.2	31.5	31.5
	stimmt ein wenig	33	26.4	26.6	58.1
	stimmt ziemlich	19	15.2	15.3	73.4
	stimmt voll und ganz	33	26.4	26.6	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Methadon-Einstellung Nr. 20 "Methadon hilft mir, mich psychisch und physisch zu stabilisieren."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	8	6.4	6.5	6.5
	stimmt ein wenig	13	10.4	10.6	17.1
	stimmt ziemlich	40	32.0	32.5	49.6
	stimmt voll und ganz	62	49.6	50.4	100.0
	Gesamt	123	98.4	100.0	
Fehlend	System	2	1.6		
Gesamt		125	100.0		

Methadon-Einstellung Nr. 21 "Eigentlich ist es unsinnig, sich mit Methadon behandeln zu lassen, weil man sich damit eine zusätzliche Abhängigkeit auflädt."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	67	53.6	54.0	54.0
	stimmt ein wenig	31	24.8	25.0	79.0
	stimmt ziemlich	20	16.0	16.1	95.2
	stimmt voll und ganz	6	4.8	4.8	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Methadon-Einstellung Nr. 22 "Ich habe panische Angst vor dem Methadonentzug, weshalb ich zunächst einmal eine möglichst tiefe Methadondosis einnehmen will."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	39	31.2	31.5	31.5
	stimmt ein wenig	45	36.0	36.3	67.7
	stimmt ziemlich	18	14.4	14.5	82.3
	stimmt voll und ganz	22	17.6	17.7	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Methadon-Einstellung Nr. 23 "Methadon hilft mir, kein Heroin zu konsumieren."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	3	2.4	2.4	2.4
	stimmt ein wenig	17	13.6	13.7	16.1
	stimmt ziemlich	27	21.6	21.8	37.9
	stimmt voll und ganz	77	61.6	62.1	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Methadon-Einstellung Nr. 24 "Wenn man seine Probleme (Job, Beziehungen, Finanzen) wirklich lösen will, muss man sich zuerst einmal mit Methadon über längere Zeit stabilisieren."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	12	9.6	9.7	9.7
	stimmt ein wenig	18	14.4	14.5	24.2
	stimmt ziemlich	48	38.4	38.7	62.9
	stimmt voll und ganz	46	36.8	37.1	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Methadon-Einstellung Nr. 25 "Ich kann mich langfristig mit Methadon nur stabilisieren, wenn ich das Gefühl habe, dass die Methadondosis möglichst tief ist."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	69	55.2	55.6	55.6
	stimmt ein wenig	29	23.2	23.4	79.0
	stimmt ziemlich	17	13.6	13.7	92.7
	stimmt voll und ganz	9	7.2	7.3	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Methadon-Einstellung Nr. 26 "Die Methadonbehandlung führt dazu, dass man es sich in der Sucht bequem einrichten kann."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	48	38.4	38.7	38.7
	stimmt ein wenig	52	41.6	41.9	80.6
	stimmt ziemlich	14	11.2	11.3	91.9
	stimmt voll und ganz	10	8.0	8.1	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Methadon-Einstellung Nr. 27 "Methadon sollte möglichst nur als Hilfsmittel beim Heroinentzug eingesetzt werden, damit man nicht davon abhängig wird."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	61	48.8	49.2	49.2
	stimmt ein wenig	36	28.8	29.0	78.2
	stimmt ziemlich	14	11.2	11.3	89.5
	stimmt voll und ganz	13	10.4	10.5	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Methadon-Einstellung Nr. 28 "Ich beziehe oft mehr Methadon vom Arzt, als ich einnehme und bewahre den Rest zur Sicherheit auf."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	92	73.6	74.2	74.2
	stimmt ein wenig	23	18.4	18.5	92.7
	stimmt ziemlich	7	5.6	5.6	98.4
	stimmt voll und ganz	2	1.6	1.6	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Methadon-Einstellung Nr. 29 "Für Personen mit hohen Methadondosen besteht weniger Hoffnung auf einen erfolgreichen Methadonausstieg als für Personen mit tiefen Dosen."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	64	51.2	51.6	51.6
	stimmt ein wenig	28	22.4	22.6	74.2
	stimmt ziemlich	15	12.0	12.1	86.3
	stimmt voll und ganz	17	13.6	13.7	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Methadon-Einstellung Nr. 30 "Wenn man sich auf einer höheren Methadondosis einstellen lässt, als man eigentlich möchte, steht man plötzlich ohne es zu bemerken mit einer zu hohen Methadondosis da."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	37	29.6	29.8	29.8
	stimmt ein wenig	36	28.8	29.0	58.9
	stimmt ziemlich	24	19.2	19.4	78.2
	stimmt voll und ganz	27	21.6	21.8	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Methadon-Einstellung Nr. 31 "Lieber bei einer tiefen Methadondosis ab und zu Heroin konsumieren, als konstant eine hohe Methadondosis einnehmen"

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	96	76.8	77.4	77.4
	stimmt ein wenig	20	16.0	16.1	93.5
	stimmt ziemlich	3	2.4	2.4	96.0
	stimmt voll und ganz	5	4.0	4.0	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Methadon-Einstellung Nr. 32 "Methadon ist für eine langfristige Behandlung nicht geeignet."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	94	75.2	75.2	75.2
	stimmt ein wenig	17	13.6	13.6	88.8
	stimmt ziemlich	3	2.4	2.4	91.2
	stimmt voll und ganz	11	8.8	8.8	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 33 "Wenn ich das Methadon nicht so abbauen kann wie ich mir das wünsche, fühle ich mich psychisch unwohl."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	20	16.0	16.0	16.0
	stimmt ein wenig	35	28.0	28.0	44.0
	stimmt ziemlich	32	25.6	25.6	69.6
	stimmt voll und ganz	38	30.4	30.4	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 34 "Sobald ich mich jeweils wieder besser fühle, beginne ich, die Methadondosis abzubauen."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	17	13.6	13.8	13.8
	stimmt ein wenig	34	27.2	27.6	41.5
	stimmt ziemlich	34	27.2	27.6	69.1
	stimmt voll und ganz	38	30.4	30.9	100.0
	Gesamt	123	98.4	100.0	
Fehlend	System	2	1.6		
Gesamt		125	100.0		

Methadon-Einstellung Nr. 35 "Ich nehme nur gerade soviel Methadon ein, dass ich keine Entzugssymptome habe. Den Rest bewahre ich auf."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	94	75.2	75.2	75.2
	stimmt ein wenig	18	14.4	14.4	89.6
	stimmt ziemlich	10	8.0	8.0	97.6
	stimmt voll und ganz	3	2.4	2.4	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 36 "Auch wenn ich vorübergehend das nötige Geld hätte, würde ich nicht vermehrt Heroin konsumieren, weil ich auf einer genügend hohen Methadondosis eingestellt bin"

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	19	15.2	15.2	15.2
	stimmt ein wenig	13	10.4	10.4	25.6
	stimmt ziemlich	22	17.6	17.6	43.2
	stimmt voll und ganz	71	56.8	56.8	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 37 "Ich strebe eine möglichst tiefe Methadondosis an, damit ich, falls mir der Zugang zum Methadon verwehrt wird, weniger stark unter Druck gerate."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	80	64.0	64.0	64.0
	stimmt ein wenig	23	18.4	18.4	82.4
	stimmt ziemlich	8	6.4	6.4	88.8
	stimmt voll und ganz	14	11.2	11.2	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 38 "Ich setze mir laufend Zeitlimiten innerhalb derer ich das Methadon einen weiteren Schritt abbauen möchte und bin frustriert, wenn ich das nicht schaffe."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	61	48.8	48.8	48.8
	stimmt ein wenig	35	28.0	28.0	76.8
	stimmt ziemlich	14	11.2	11.2	88.0
	stimmt voll und ganz	15	12.0	12.0	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 39 "Ich erlebe das Methadon als zusätzliche Droge."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	42	33.6	33.6	33.6
	stimmt ein wenig	37	29.6	29.6	63.2
	stimmt ziemlich	19	15.2	15.2	78.4
	stimmt voll und ganz	27	21.6	21.6	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 40 "Die Heroinabhängigkeit lässt sich überwinden, indem man konstant über längere Zeit eine genügend hohe Methadondosis einnimmt."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	13	10.4	10.4	10.4
	stimmt ein wenig	22	17.6	17.6	28.0
	stimmt ziemlich	37	29.6	29.6	57.6
	stimmt voll und ganz	53	42.4	42.4	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 41 "Meine Heroinabhängigkeit kriege ich mit jedem Milligramm Methadon, das ich abbaue, besser in den Griff."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	63	50.4	50.8	50.8
	stimmt ein wenig	20	16.0	16.1	66.9
	stimmt ziemlich	18	14.4	14.5	81.5
	stimmt voll und ganz	23	18.4	18.5	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Methadon-Einstellung Nr. 42 "Je mehr ich das Methadon so abbauen kann wie ich mir das wünsche, umso entlasteter und stärker fühle ich mich."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	9	7.2	7.2	7.2
	stimmt ein wenig	30	24.0	24.0	31.2
	stimmt ziemlich	33	26.4	26.4	57.6
	stimmt voll und ganz	53	42.4	42.4	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 43 "Ich erhöhe die Methadondosis wenn möglich nicht, damit ich nicht auch noch vom Methadon abhängig werde"

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	53	42.4	42.4	42.4
	stimmt ein wenig	21	16.8	16.8	59.2
	stimmt ziemlich	26	20.8	20.8	80.0
	stimmt voll und ganz	25	20.0	20.0	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 44 "Wenn es mir jeweils psychisch wieder besser geht, neige ich dazu, das Methadon abzubauen."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	13	10.4	10.5	10.5
	stimmt ein wenig	31	24.8	25.0	35.5
	stimmt ziemlich	42	33.6	33.9	69.4
	stimmt voll und ganz	38	30.4	30.6	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Methadon-Einstellung Nr. 45 "Die Einnahme von Methadon ist nicht die Voraussetzung dafür, dass ich im Rahmen der Methadonbehandlung das Behandlungsziel erreiche, sondern der Methadonabbau ist das Ziel selber."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	33	26.4	26.4	26.4
	stimmt ein wenig	27	21.6	21.6	48.0
	stimmt ziemlich	30	24.0	24.0	72.0
	stimmt voll und ganz	35	28.0	28.0	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 46 "Ich wähle meine Methadondosis höher, als ich gerne hätte, damit ich mich physisch und psychisch stabilisieren kann."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	48	38.4	38.4	38.4
	stimmt ein wenig	38	30.4	30.4	68.8
	stimmt ziemlich	23	18.4	18.4	87.2
	stimmt voll und ganz	16	12.8	12.8	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 47 "Eine hohe Methadondosis verhindert im Gegensatz zu einer tiefen Methadondosis den Zugang zu den eigenen Gefühlen und Gedanken."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	36	28.8	28.8	28.8
	stimmt ein wenig	39	31.2	31.2	60.0
	stimmt ziemlich	29	23.2	23.2	83.2
	stimmt voll und ganz	21	16.8	16.8	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 48 "Mit Methadon kann man sich nur dann physisch und psychisch stabilisieren, wenn man nicht mehr Methadon einnimmt, als man braucht, um Entzugssymptome zu verhindern."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	51	40.8	40.8	40.8
	stimmt ein wenig	29	23.2	23.2	64.0
	stimmt ziemlich	26	20.8	20.8	84.8
	stimmt voll und ganz	19	15.2	15.2	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 49 "Ziel der Methadonbehandlung sollte immer der Abbau sein, da man sonst nicht mehr vom Methadon loskommt."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	33	26.4	26.4	26.4
	stimmt ein wenig	33	26.4	26.4	52.8
	stimmt ziemlich	24	19.2	19.2	72.0
	stimmt voll und ganz	35	28.0	28.0	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 50 "Es macht keinen Sinn, wenn man es geschafft hat mit Hilfe des Methadons mit dem Heroin aufzuhören, noch weiterhin Methadon einzunehmen."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	74	59.2	59.2	59.2
	stimmt ein wenig	17	13.6	13.6	72.8
	stimmt ziemlich	13	10.4	10.4	83.2
	stimmt voll und ganz	21	16.8	16.8	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 51 "Konstant hohe Methadondosierungen über längere Zeit sind nur für stark heroinabhängige Personen gedacht."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	34	27.2	27.4	27.4
	stimmt ein wenig	29	23.2	23.4	50.8
	stimmt ziemlich	23	18.4	18.5	69.4
	stimmt voll und ganz	38	30.4	30.6	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

Methadon-Einstellung Nr. 52 "Die Beendigung der Methadonbehandlung ist umso schwieriger, je länger die Methadonbehandlung gedauert hat und je höher die Methadondosierung während dieser Behandlungsdauer war."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	18	14.4	14.4	14.4
	stimmt ein wenig	27	21.6	21.6	36.0
	stimmt ziemlich	29	23.2	23.2	59.2
	stimmt voll und ganz	51	40.8	40.8	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 53 "Wenn einem die Methadonbehandlung dazu verholfen hat, den Heroinkonsum zu beenden, sollte man die Methadonbehandlung zur Absicherung, dass man kein Heroin mehr konsumiert, unbedingt mit einer genügend hohen Dosis weiterführen."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	27	21.6	21.6	21.6
	stimmt ein wenig	37	29.6	29.6	51.2
	stimmt ziemlich	27	21.6	21.6	72.8
	stimmt voll und ganz	34	27.2	27.2	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 54 "Wenn ich es geschafft habe, das Methadon auf eine von mir gewünschte Dosis abzubauen, kommt es ab und zu vor, dass ich mich dafür mit Heroin belohne."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	100	80.0	80.0	80.0
	stimmt ein wenig	21	16.8	16.8	96.8
	stimmt ziemlich	3	2.4	2.4	99.2
	stimmt voll und ganz	1	.8	.8	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 55 "Wenn es einem gelingt, das Heroin durch das Methadon zu ersetzen, führt das zur nötigen Ruhe, um sich mit den eigenen Gefühlen auseinander zu setzen."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	7	5.6	5.6	5.6
	stimmt ein wenig	28	22.4	22.4	28.0
	stimmt ziemlich	43	34.4	34.4	62.4
	stimmt voll und ganz	47	37.6	37.6	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 56 "Es motiviert mich, wenn ich weiss, dass ich weniger Methadon einnehme als die meisten anderen Methadonbezüger."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	53	42.4	42.4	42.4
	stimmt ein wenig	35	28.0	28.0	70.4
	stimmt ziemlich	18	14.4	14.4	84.8
	stimmt voll und ganz	19	15.2	15.2	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 57 "Ich strebe einen Methadonabbau an, weil ich nicht Methadonabhängig sein möchte."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	37	29.6	29.6	29.6
	stimmt ein wenig	32	25.6	25.6	55.2
	stimmt ziemlich	29	23.2	23.2	78.4
	stimmt voll und ganz	27	21.6	21.6	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 58 "Es bringt nichts, die Methadondosis zu erhöhen, da sich die körperliche Abhängigkeit nach ein paar Tagen einfach auf einer höheren Dosis einpendelt."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	31	24.8	24.8	24.8
	stimmt ein wenig	44	35.2	35.2	60.0
	stimmt ziemlich	31	24.8	24.8	84.8
	stimmt voll und ganz	19	15.2	15.2	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 59 "Ich nehme jeweils soviel Methadon, damit ich im Rahmen meiner Methadonbehandlung, stressfrei ab und zu Heroin konsumieren kann."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	102	81.6	81.6	81.6
	stimmt ein wenig	13	10.4	10.4	92.0
	stimmt ziemlich	6	4.8	4.8	96.8
	stimmt voll und ganz	4	3.2	3.2	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 60 "Methadon kann einem helfen, unkontrollierbare Zustände (z.B. Angst, Depression, Halluzinationen) zu kontrollieren."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	21	16.8	16.8	16.8
	stimmt ein wenig	44	35.2	35.2	52.0
	stimmt ziemlich	37	29.6	29.6	81.6
	stimmt voll und ganz	23	18.4	18.4	100.0
	Gesamt	125	100.0	100.0	

Methadon-Einstellung Nr. 61 "Die Methadondosis sollte die Anfangsdosis möglichst nicht übersteigen, damit man den Ausgang aus der Methadonbehandlung nicht aus den Augen verliert."

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	62	49.6	50.0	50.0
	stimmt ein wenig	30	24.0	24.2	74.2
	stimmt ziemlich	19	15.2	15.3	89.5
	stimmt voll und ganz	13	10.4	10.5	100.0
	Gesamt	124	99.2	100.0	
Fehlend	System	1	.8		
Gesamt		125	100.0		

D2. Behandlungsziele der Patienten

Behandlungsziel der aktuellen Substitutionsbehandlung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Totalabstinenz	42	33.6	34.1	34.1
Abbau, dass nicht mehr als nötig	2	1.6	1.6	35.8
Abbau, dass weniger als Mitpatienten	5	4.0	4.1	39.8
So tief, dass H-Konsum ohne ES möglich	1	.8	.8	40.7
Dosis einpendeln, dass körperlich wohl	2	1.6	1.6	42.3
Dosis einpendeln, dass psychisch wohl	3	2.4	2.4	44.7
Dosis einpendeln, dass im Beziehungsleben wohl	10	8.0	8.1	52.8
Dosis einpendeln, dass berufl. Integration möglich	7	5.6	5.7	58.5
Umfassende Stabilisierung bei möglichst tiefer Dosis	6	4.8	4.9	63.4
Umfassende Stabilisierung bei dafür geeigneter Dosis	25	20.0	20.3	83.7
Langsamer Abbau der M-Dosis bei Beibehaltung des Erreichten	18	14.4	14.6	98.4
Aufrechterhaltung der H- und M- Abstinenz nach vollst. Rehab.	2	1.6	1.6	100.0
Gesamt	123	98.4	100.0	
Fehlen d System	2	1.6		
Gesamt	125	100.0		

E1. Initiale Eigenwerte der Hauptachsen-Faktorenanalyse (erste 28 Eigenwerte)

Faktor	Anfängliche Eigenwerte		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	10.808	17.718	17.718
2	4.597	7.536	25.254
3	2.726	4.468	29.723
4	2.393	3.923	33.646
5	2.304	3.777	37.423
6	2.019	3.311	40.733
7	1.905	3.124	43.857
8	1.838	3.013	46.870
9	1.694	2.777	49.648
10	1.612	2.642	52.290
11	1.498	2.455	54.745
12	1.450	2.378	57.123
13	1.377	2.258	59.381
14	1.267	2.077	61.458
15	1.211	1.985	63.444
16	1.135	1.860	65.304
17	1.095	1.795	67.099
18	1.058	1.735	68.834
19	1.010	1.656	70.490
20	.959	1.573	72.062
21	.929	1.524	73.586
22	.895	1.468	75.054
23	.863	1.415	76.469
24	.837	1.372	77.841
25	.792	1.299	79.140
26	.758	1.243	80.383
27	.720	1.180	81.563
28	.700	1.148	82.711

E2. Modellanpassungsgüte der verschiedenen Faktorenlösungen (Maximum Likelihood-Methode)

Auflistung der Anpassungsgüte für die Anzahl Faktoren von 1 bis 9:

1-Faktorenlösung:

Chi-Quadrat	df	p
2434.566	1769	.000

2-Faktorenlösung:

Chi-Quadrat	df	p
2141.446	1709	.000

3-Faktorenlösung:

Chi-Quadrat	df	p
2004.576	1650	.000

4-Faktorenlösung:

Chi-Quadrat	df	p
1878.280	1592	.000

5-Faktorenlösung:

Chi-Quadrat	df	p
1752.200	1535	.000

6-Faktorenlösung:

Chi-Quadrat	df	p
1646.671	1479	.001

7-Faktorenlösung:

Chi-Quadrat	df	p
1555.935	1424	.008

8-Faktorenlösung:

Chi-Quadrat	df	p
1466.266	1370	.035

9-Faktorenlösung:

Chi-Quadrat	df	p
1387.979	1317	.085

F1. Zuordnungsübersicht des Ward-Verfahrens (61 Einstellungs-Items mit n=108)

Schritt	Zusammengeführte Cluster		Koeffizienten	Erstes Vorkommen des Clusters		Nächster Schritt
	Cluster 1	Cluster 2		Cluster 1	Cluster 2	
1	11	61	11.000	0	0	2
2	11	111	23.333	1	0	4
3	8	10	39.333	0	0	14
4	11	117	57.250	2	0	9
5	29	53	76.750	0	0	21
6	94	107	97.250	0	0	12
7	49	100	118.750	0	0	17
8	21	122	141.250	0	0	19
9	11	17	164.000	4	0	56
10	56	106	187.500	0	0	32
11	30	95	211.000	0	0	53
12	64	94	234.500	0	6	15
13	39	59	259.000	0	0	43
14	8	105	283.667	3	0	45
15	64	120	309.167	12	0	28
16	46	58	336.167	0	0	45
17	34	49	363.333	0	7	54
18	71	109	390.833	0	0	27
19	21	88	419.000	8	0	40
20	67	73	447.500	0	0	33
21	29	35	477.333	5	0	26
22	4	113	507.333	0	0	36
23	9	57	538.333	0	0	49
24	19	66	569.833	0	0	69
25	28	65	602.333	0	0	58
26	29	47	635.000	21	0	72
27	71	110	668.167	18	0	55
28	41	64	701.467	0	15	77
29	14	83	734.967	0	0	80
30	76	87	769.467	0	0	39
31	6	85	803.967	0	0	74
32	56	70	838.467	10	0	54
33	48	67	873.300	0	20	59
34	86	112	908.300	0	0	48
35	72	92	943.300	0	0	47
36	4	118	978.633	22	0	46
37	22	82	1014.633	0	0	63
38	7	55	1050.633	0	0	74
39	76	96	1086.800	30	0	71
40	21	99	1123.383	19	0	70
41	26	75	1160.383	0	0	61
42	38	116	1197.883	0	0	78
43	15	39	1236.717	0	13	50
44	50	78	1277.217	0	0	67
45	8	46	1317.950	14	16	59
46	4	89	1359.367	36	0	85
47	72	108	1401.033	35	0	87

48	40	86	1442.700	0	34	93
49	9	79	1484.367	23	0	76
50	1	15	1526.783	0	43	79
51	62	93	1569.283	0	0	71
52	63	98	1612.283	0	0	73
53	30	91	1655.450	11	0	72
54	34	56	1698.950	17	32	88
55	54	71	1742.533	0	27	84
56	11	119	1786.700	9	0	85
57	2	25	1831.200	0	0	67
58	28	33	1876.033	25	0	82
59	8	48	1921.425	45	33	69
60	68	90	1967.925	0	0	64
61	26	51	2016.258	41	0	88
62	27	115	2065.258	0	0	83
63	22	43	2114.592	37	0	86
64	68	77	2164.758	60	0	81
65	31	123	2215.758	0	0	78
66	16	114	2266.758	0	0	70
67	2	50	2318.758	57	44	89
68	18	42	2373.758	0	0	89
69	8	19	2429.333	59	24	77
70	16	21	2485.583	66	40	81
71	62	76	2542.817	51	39	79
72	29	30	2601.579	26	53	91
73	37	63	2660.579	0	52	82
74	6	7	2720.329	31	38	96
75	45	84	2781.829	0	0	90
76	9	102	2844.412	49	0	86
77	8	41	2908.879	69	28	91
78	31	38	2973.629	65	42	95
79	1	62	3039.701	50	71	92
80	14	101	3106.201	29	0	84
81	16	68	3172.812	70	64	90
82	28	37	3242.145	58	73	92
83	27	124	3311.812	62	0	97
84	14	54	3382.990	80	55	97
85	4	11	3454.674	46	56	100
86	9	22	3527.519	76	63	98
87	23	72	3602.352	0	47	95
88	26	34	3681.963	61	54	94
89	2	18	3761.963	67	68	102
90	16	45	3843.049	81	75	98
91	8	29	3924.381	77	72	96
92	1	28	4010.426	79	82	94
93	40	44	4102.009	48	0	102
94	1	26	4198.756	92	88	105
95	23	31	4296.381	87	78	103
96	6	8	4395.058	74	91	99
97	14	27	4494.663	84	83	104
98	9	16	4597.148	86	90	101
99	6	103	4704.735	96	0	100

100	4	6	4822.313	85	99	107
101	9	69	4940.457	98	0	103
102	2	40	5066.907	89	93	106
103	9	23	5200.999	101	95	104
104	9	14	5392.248	103	97	105
105	1	9	5589.816	94	104	106
106	1	2	5941.961	105	102	107
107	1	4	6639.417	106	100	0

G1. Logistische Regression auf den Verlauf der Methadondosis (in den letzten sechs Monaten vor der Befragung)

Modellzusammenfassung:

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R-Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	100.156(a)	.180	.254

Variablen in der Gleichung:

		B	Standardf.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1(a)	PF_51	1.224	.415	8.695	1	.003	3.401	1.507	7.671
	PF_52	-.383	.377	1.029	1	.310	.682	.326	1.428
	PF_53	-.321	.336	.914	1	.339	.725	.376	1.401
	PF_54	-.350	.366	.918	1	.338	.705	.344	1.442
	PF_55	.173	.308	.315	1	.574	1.189	.650	2.176
	SELBSTWI	-.006	.045	.017	1	.896	.994	.910	1.086
	PC_SK	.016	.218	.005	1	.941	1.016	.662	1.559
	C_SK	-.116	.130	.794	1	.373	.891	.690	1.149
	A_SK	-.093	.129	.523	1	.470	.911	.708	1.172
	M_SK	.112	.128	.764	1	.382	1.118	.870	1.436
	SEX(1)	-.306	.647	.223	1	.636	.736	.207	2.618
	ALTER	-.038	.032	1.386	1	.239	.963	.903	1.026
	ERWERB	.444	.773	.331	1	.565	1.559	.343	7.092
	Konstante	1.063	2.878	.136	1	.712	2.895		

eingeegebene Variablen: 5 Primärfaktoren (PF1 bis PF 5), Selbstwirksamkeit (SELBSTWI), VSS-k-Skalen (PC_SK, C_SK, A_SK, M_SK), Geschlecht (SEX), Alter, Erwerbsstatus (ERWERB).

H1. Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Zuteilung der 30 Probanden in die einzelnen Patienten Verhaltenskategorien

Tab. 2: Darstellung der Anzahl Aussagen (Items), die für jede Kategorie ausgewählt werden sollen.

Tab. 3: Beispielhafte Darstellung eines Einstellungs-Items aus dem self-report Fragebogen

Tab. 4: Verteilungs-Kennwerte der Variablen Alter, Geschlecht und Behandlungseinrichtung in der Stichprobe und im Kanton Zürich

Tab. 5: Interne Konsistenzen der vier Skalen

Tab. 6: Prozentuale Anteile der Kategorien der Variablen Behandlungsort (I + II), Erwerbsarbeit, Fürsorge, IV und Bildungsstand

Tab. 7: Dosis und Dauer der aktuellen Methadonbehandlung und Anzahl Methadonbehandlungen insgesamt

Tab. 8: Heroinkonsum und -Verlangen (selbstberichtet)

Tab. 9: „Nächstes Ziel bezüglich Methadondosis“

Tab. 10: „Was denken Sie, welches Ziel hat die Institution/der Arzt bezüglich Dosis“?

Tab. 11: Kongruenz der Ziele bezüglich Dosis

Tab. 12: Zusammengefasste Kategorien möglicher Behandlungsziele

Tab. 13: Wie erlebt der Proband das Methadon aktuell?

Tab. 14: Mittelwerte (M), Standardabweichungen (s) und Itemschwierigkeitsindizes (p_i) der 61 Einstellungs-Items (in absteigender Reihenfolge der Grösse von M)

Tab. 15: Methadon-Einstellung Nr. 52 "Die Beendigung der Methadonbehandlung ist umso schwieriger, je länger die Methadonbehandlung gedauert hat und je höher die Methadondosierung während dieser Behandlungsdauer war."

Tab. 16: Methadon-Einstellung Nr. 40 "Die Heroinabhängigkeit lässt sich überwinden, indem man konstant über längere Zeit eine genügend hohe Methadondosis einnimmt."

Tab. 17: Strukturmatrix der promax-rotierten 5-Faktorenlösung

Tab. 18: Faktoreninterkorrelationen der 5-Faktorenlösung

Tab. 19: Anzahl Items mit Ladungen > 0.40 oder > 0.60 pro Faktor

Tab. 20: Varimax-rotierte Faktorenmatrix der Sekundärfaktoren

Tab. 21: Korrelationskoeffizienten der Faktorwerte aus den Modellen A und B

Tab. 22: Zuordnungsübersicht für die letzten 8 der 107 Zuordnungsschritte

Tab. 23: Anzahl Probanden pro Cluster (5)

Tab. 24 Anzahl Probanden pro Cluster (3)

Tab. 25: Kennwerte der zwei Diskriminanzfunktionen

Tab. 26: Struktur-Matrix der Diskriminanzfunktionen

Tab. 27: Korrelationen der zwei Diskriminanzfunktionen mit den Primär- und Sekundärfaktoren

Tab. 28: Kreuztabelle des Vergleichs von vorhergesagter und tatsächlicher Clusterzugehörigkeit (Teilstichprobe A)

Tab. 29: Kreuztabelle des Vergleichs von vorhergesagter und tatsächlicher Clusterzugehörigkeit (Teilstichprobe B)

Tab. 30: Unterschiede bezüglich Methadon-Abbau-Orientierung

Tab. 31: Unterschiede bezüglich Tiefdosis-Orientierung

Tab. 32: Unterschiede bezüglich Methadon-Substitutions-Orientierung

Tab. 33: Unterschiede bezüglich Angst vor Methadonsubstitution

Tab. 34: Unterschiede bezüglich Flexibilisierung des Heroinkonsum-Orientierung

Tab. 35: Kreuztabelle aus vorhergesagter und tatsächlicher Gruppenzugehörigkeit (Gesamtstichprobe)

Tab. 36: Kreuztabelle aus vorhergesagter und tatsächlicher Gruppenzugehörigkeit (Teilstichprobe A)

Tab. 37: Kreuztabelle aus vorhergesagter und tatsächlicher Gruppenzugehörigkeit (Teilstichprobe B)

Tab. 38: Interkorrelationen und interne Konsistenzen der Skalen der VSS-k

Tab. 39: Korrelationen zwischen den Faktorwerten der fünf Primärfaktoren und den VSS-k-Skalen

Tab. 40: Korrelationskoeffizienten zwischen den fünf Primärfaktoren und der Selbstwirksamkeits-Skala

Tab. 41: Korrelationen der fünf Primärfaktoren mit Methadondosis, Heroinkonsum und –verlangen

Tab. 42: Korrelationen der fünf Primärfaktoren mit dem Verlauf der Methadondosis

Tab. 43: Mittelwerte, Standardabweichungen für das Alter nach Patientengruppen (Cluster)

Tab. 44: Verteilung des Geschlechts nach Patientengruppen (Cluster)

Tab. 45: Verteilung der Erwerbstätigkeit nach Patientengruppen (Cluster)

Tab. 46: Mittelwerte, Standardabweichungen für Anzahl Tage mit Beschwerden durch Drogenprobleme (letzte 30 Tage) nach Patientengruppen (Cluster)

Tab. 47: Verteilung des selbstberichteten Heroinkonsums nach Patientengruppen (Cluster)

Tab. 48: Verteilung des Heroinverlangens nach Patientengruppen (Cluster)

Tab. 49: Verlauf der Methadondosis nach Patientengruppen (Cluster)

Tab. 50: Kongruenz der Behandlungsziele bezüglich Methadondosis nach Patientengruppen (Cluster)

Tab. 51: Behandlungsziel im Rahmen der aktuellen Methadonbehandlung nach Patientengruppen (Cluster)

Tab. 52: Beurteilung des Methadons zum Zeitpunkt der Befragung nach Patientengruppen (Cluster)

Tab. 53: Mittelwerte und Standardabweichungen für Methadondosis zum Zeitpunkt der Befragung nach Patientengruppen (Cluster)

Tab. 54: Dauer der aktuellen Substitutionsbehandlung (in Monaten) nach Patientengruppen (Cluster)

Tab. 55: Mittelwerte und Standardabweichungen der Selbstwirksamkeits-Skala nach Patientengruppen (Cluster)

Tab. 56: Mittelwerte und Standardabweichungen der Precontemplation-Skala nach Patientengruppen (Cluster)

Tab. 57: Mittelwerte und Standardabweichungen der Contemplation-Skala nach Patientengruppen (Cluster)

Tab. 58: Mittelwerte und Standardabweichungen der Action-Skala nach Patientengruppen (Cluster)

Tab. 59: Mittelwerte und Standardabweichungen der Maintenance-Skala nach Patientengruppen (Cluster)

Tab. 60: Korrelationen zwischen den Faktorwerten der fünf Primärfaktoren, den VSS-k-Skalen und der SW-Skala in Cluster1

Tab. 61: Korrelationen zwischen den Faktorwerten der fünf Primärfaktoren, den VSS-k-Skalen und der SW-Skala in Cluster2

Tab. 62: Korrelationen zwischen den Faktorwerten der fünf Primärfaktoren, den VSS-k-Skalen und der SW-Skala in Cluster3

Tab. 63: Interkorrelationen der Vergleichskalen und die Korrelationen der Vergleichskalen zur Abstinenzorientierungs-Skala

Tab. 64: Interkorrelationen und interne Konsistenzen der Vergleichskalen auf Patientenebene

Tab. 65: Korrelationen der Vergleichskalen mit den Faktoren des Faktorenmodells der Patienteneinstellungen

Tab. 66: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (s) der Vergleichskalen und Kennwerte des T-Tests

H2. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Items des Fragebogens von Stancliff et al. (2002)

Abb. 2: Korrelationen zum „Limburger Modell“ (nach DeVries, Dijkstra & Kuhlman, 1988, S. 278, aus Schwarzer, 2004, S. 63).

Abb. 3: Skala zur allgemeinen Kompetenzerwartung (aus: Schwarzer, 2004, S. 36)

Abb. 4: VSS-k: Beispiel-Items

Abb. 5: Schematische Darstellung der Bildung von a-priori Einstellungsdimensionen

Abb. 6: Darstellung der vermuteten Zusammenhänge der a-priori Einstellungsdimensionen

Abb. 7: Instruktion zu den Einstellungs-Items im self-report Fragebogen

Abb. 8: Verteilung der aktuellen Methadondosis

Abb. 9: Screeplot für 28 der 61 Eigenwerte

Abb. 10: Das hierarchische Modell der Patienteneinstellungen zum Methadon

Abb. 11: Struktogramm des Ward-Verfahrens

Abb. 12: Darstellung der 3-Clusterlösung anhand der zwei Diskriminanzfunktionen

Abb. 13: Mittelwerte der 5 Primärfaktoren in den 3 Clustern

Abb. 14: Mittelwerte der Vergleichskalen zwischen Patienten und Behandelnden

Abb. 15: Mittelwerte der *Methadon-Entzugs-Orientierungs-Skala* nach Pat. vs. Beh. und Institutionen

Abb. 16: Mittelwerte der *Methadon-Substitutions-Orientierungs-Skala* nach Pat. vs. Beh. und Institutionen

Abb. 17: Mittelwerte der *Flexibilisierung/Toleranz des Heroinkonsums-Orientierungs-Skala* nach Pat. vs. Beh. und Institutionen

Abb. 18: Prozess der Erforschung der typischen Patienten-Einstellungen

Abb. 19: Verteilung des Faktorwerts der Methadon-Abbau-Orientierung

Abb. 20: Verteilung des Faktorwerts der Methadon-Tiefdosis-Orientierung

Abb. 21: Verteilung des Faktorwerts der Methadon-Substitutions-Angst

Abb. 22: Verteilung des Faktorwerts der Methadon-Substitutions-Orientierung

Abb. 23: Verteilung des Faktorwerts der Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung

Lebenslauf von Heinz Hunziker

Geboren am 30.8.1968 in Aarau

Verheiratet seit 20.8.2005

Ausbildung:

- | | |
|------|---|
| 2007 | Doktorexamen an der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich; |
| 2006 | Master of Advanced Studies in Psychoanalytic Psychotherapy (MASP) an der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich; |
| 2000 | Lizentiat an der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich; |
| 1992 | Eidg. Wirtschaftsmatura an der Maturitätsschule AKAD Zürich; |

Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-----------|--|
| ab 2005 | Psychotherapeut in eigener Praxis in Baden (www.ppp-baden.ch); |
| 2005-2007 | Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen der Psychiatrischen Universitätsklinik PUK Zürich (Leitung: PD Dr. med. R. Stohler, Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. W. Rössler); |
| 2004-2006 | Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsprojekt FIPP (Forschungsinitiative Psychoanalytische Psychotherapie) an der Abteilung für Psychotherapie und Psychohygiene der Universitären Psychiatrischen Kliniken UPK Basel (Leitung: Prof. Dr. med. J. Küchenhoff); |
| 2003-2004 | Psychologe im postgraduierten Praktikum PG an der Abteilung für Psychotherapie und Psychohygiene der Universitären Psychiatrischen Kliniken UPK Basel (Leitung: Prof. Dr. med. J. Küchenhoff); |
| 2001-2005 | Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Forschungsgruppe Substanzstörungen der Psychiatrischen Universitätsklinik PUK Zürich (Leitung: PD Dr. med. R. Stohler, Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. W. Rössler); |

Lebenslauf von Lukas Boesch

Geb. 3.8.1972 in Zürich

Verheiratet seit 1.3.2003

1 Tochter, geb. 7.4.2003

1 Sohn, geb. 25.3.2006

Ausbildung:

2007 Doktorexamen an der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich

2001 Lizentiat an der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich

1992 Eidg. Maturität (Typus C) an der Kantonsschule Rämibühl in Zürich

Beruflicher Werdegang:

2005-2008 Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Projektleiter und Forschungsgruppen-Management am Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PD Dr. R. Stohler, Prof. W. Rössler).

2001-2005 Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Forschungsgruppe Substanzstörungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PD Dr. R. Stohler, Prof. W. Rössler).

1998-1999 Bearbeitung von Markforschungsprojekten bei Rentenanstalt/Swiss Life unter Anwendung multivariater statistischer Verfahren.